

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

Tesis Doctoral:

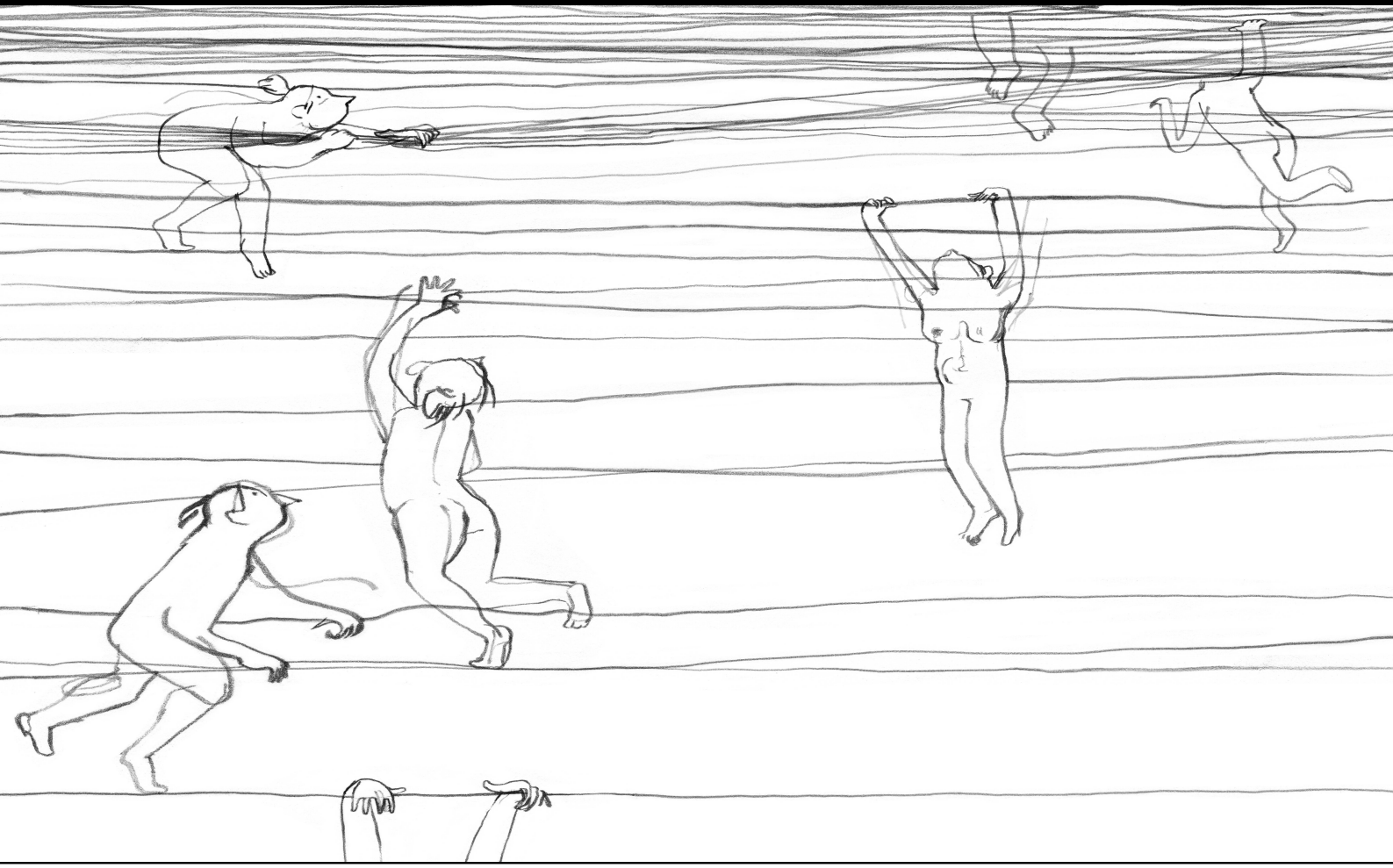
María Zapata Hidalgo

Directora de tesis: Mari Luz Esteban Galarza

Donostia, 2019

La depresión y su recuperación.

Una etnografía feminista y corporal



eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

Tesis Doctoral:

**La depresión y su recuperación.
Una etnografía feminista y corporal**

María Zapata Hidalgo

Directora de tesis: Mari Luz Esteban Galarza

Donostia, 2019

Programa de Doctorado en Estudios Feministas y de Género

Facultad de Educación, Filosofía y Antropología

Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social

© Imagen de portada cedida por Maite Mutuberría (Mutuberría, 2018).

Esta investigación ha sido realizada con la financiación del Programa para la Formación de Personal no Doctor del Gobierno Vasco 2015-2018 (Ref: PRE_2015_2_0228).

Tu pasión se convirtió en mi pasión

Pensé que te ibas, pero estás aquí

A Santi y a Marisa

AGRADECIMIENTOS

Una etnografía siempre es algo colectivo. Una etnografía, como todo conocimiento académico, es posible gracias a la ayuda, el apoyo y la implicación de muchas personas, y no sólo por sus ideas o conocimientos, sino también por su soporte logístico y reproductivo.

Quiero agradecerse especialmente:

A todas las personas que han compartido su intimidad, dejándome entrar en sus vidas cotidianas sin apenas conocernos. Gracias por toda vuestra generosidad. Gracias por hacer posible esta etnografía.

A Mari Luz, que desde un principio confió en mí, también sin apenas conocernos. Gracias por tus infinitos consejos, por tu tiempo y tu paciencia, por tu ilusión que tanto contagias, y por tu escucha y tu cariño en los momentos de celebración y de desánimo. Miles de gracias por compartir y guiarme en este camino.

A todas las personas que son parte del Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social de la UPV/EHU, y en especial a las compañeras de AFIT-Antropología Feminista Ikerketa Taldea, por los recursos materiales, logísticos, teóricos y afectivos durante todos estos años.

A todas las colegas con las que he ido creciendo, convirtiéndome en la antropóloga que soy.

Gracias a Pablo, con quién descubrí el amor por la antropología y con quien sigue aumentando a día de hoy. Gracias a Irati y a Ana por alentarme en esta aventura y por no perdernos de vista. Gracias a Silvia por ser el oasis de afecto en medio de tanta racionalidad. Gracias a Marta por descubrirnos otra vida(s) posible(s) en la academia.

A mi familia, también la escogida, porque sin ella no podría haber llegado hasta el final. Gracias a todas las amigas por su paciencia en los últimos años: gracias por el cariño, las risas y los llantos, por los abrazos y los paseos, por las conversaciones infinitas. Gracias a Lau por ser la mejor novia-tesis que podría imaginar. Gracias a la Tana por enseñarme lo que se esconde detrás de nuestros muros. Gracias a mi hermana por estar siempre ahí, por todos sus cuidados.

A mi madre, siempre atenta, siempre dispuesta, siempre animando, siempre haciéndolo posible. A mi padre por enseñarme la pasión por los libros, el estudio, la investigación y la docencia. Sin vosotros dos, sí que no hubiera sido posible esta etnografía.

Índice de contenidos

INTRODUCCIÓN.....	17
CAPÍTULO 1. LÍNEA DE SALIDA: PREGUNTAS INICIALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1. 1. Objetivos de la investigación.....	25
1. 2. Hipótesis de partida.....	26
1. 3. Salud mental, ansiedad y depresión: ¿qué nos dicen las encuestas?.....	27
1. 3. 1. Información sobre salud mental en general.....	27
1. 3. 2. Información sobre el diagnóstico de depresión y ansiedad.....	29
1. 3. 3. La cronicidad del diagnóstico por depresión.....	33
1. 4. Los prismas de mi lente etnográfica.....	34
1. 4. 1. Lo cultural y la salud mental: un enfoque desde el punto de vista de la actora.....	35
1. 4. 2. El feminismo en los análisis y como epistemología en investigación.....	38
1. 4. 2. 1. Mirada feminista en los análisis.....	38
1. 4. 2. 2. Epistemología feminista en investigación.....	41
1. 4. 3. Razones (situadas) para la elección de una etnografía encarnada.....	43
1. 4. 3. 1. Enfoques holísticos en el ámbito de la salud.....	43
1. 4. 3. 2. Identidad y agencia.....	45
1. 4. 3. 3. La centralidad del afecto en la experiencia de depresión.....	48
CAPÍTULO 2. EL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO: LOS ENTRESIJOS Y LAS ENTRAÑAS DE ESTA INVESTIGACIÓN.....	51
2. 1. Técnicas y procedimientos para la recogida de información.....	53
2. 1. 1. Entrevistas y conversaciones informales.....	53
2. 1. 2. Estar ahí y la observación-percepción participante.....	57
2. 1. 3. El análisis de las prácticas corporales.....	61

2. 2. Descripción de un campo multisituado y descentralizado.....	65
2. 2. 1. Criterios para buscar y encontrar personas participantes.....	65
2. 2. 2. Descripción de las personas participantes en la investigación.....	69
2. 2. 3. Características de las personas participantes (tabla resumen).....	75
2. 3. Análisis de la información: un ejercicio de transparencia sobre el método.....	78
2. 4. Escritura: la etnógrafa como autora.....	82
2. 5. Autoetnografía y <i>dejarse afectar</i> por el trabajo de campo.....	84
2. 5. 1. El componente autoetnográfico.....	84
2. 5. 2. Dejarse afectar: una puesta en práctica de la percepción participante.....	87
CAPÍTULO 3. EL QUÉ Y EL CÓMO DE LAS DEPRESIONES. UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA.....	93
3. 1. La fenomenología de las depresiones. Una experiencia múltiple.....	95
3. 1. 1. Fenomenología de tipo afectivo.....	95
3. 1. 1. 1. No querer vivir.....	96
3. 1. 1. 3. Tristeza y llanto.....	99
3. 1. 1. 4. Ira y enfado.....	101
3. 1. 1. 5. Culpa.....	102
3. 1. 1. 6. Imposibilidad de placer.....	102
3. 1. 1. 7. Pérdida de lo afectivo.....	103
3. 1. 2. Fenomenología de tipo corporal.....	104
3. 1. 2. 1. Somatizaciones.....	106
3. 1. 2. 2. Desconexiones corporales.....	108
3. 1. 2. 3. Acciones autolesivas.....	111
3. 1. 3. Fenomenología de tipo cognitivo.....	113
3. 1. 4. Fenomenología de tipo interpersonal.....	116
3. 2. Algunas notas sobre el análisis fenomenológico.....	118
3. 3. La depresión como una quiebra de la vida: <i>actualización de la noción de crisis de la presencia</i>	120

CAPÍTULO 4. LA ETIOLOGÍA DE LAS DEPRESIONES. MALESTAR SOCIAL ENCARNADO.....	127
4. 1. Desigualdades y violencias de género.....	129
4. 1. 1. Desigualdades de género.....	129
4. 1. 1. 1. Cuidados.....	130
4. 1. 1. 2. Maternidades.....	133
4. 1. 1. 3. Menopausia y vejez en femenino.....	137
4. 1. 1. 4. Conflictos con los modelos hegemónicos de género.....	139
4. 1. 2. Violencias de género.....	142
4. 2. Duelos: el sufrimiento por la pérdida.....	144
4. 3. El sistema económico neoliberal como generador de malestar.....	150
4. 4. Etiología en las depresiones: multifactorial y de tipo social.....	156
4. 4. 1. Etiología multifactorial.....	156
4. 4. 2. Malestar social o sufrimiento social encarnado.....	157
 CAPÍTULO 5. BIOPOLÍTICA DE LAS DEPRESIONES. UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA A LA GESTIÓN DE LA VIDA.....	 161
5. 1. Biopolítica actual y la función social de la depresión.....	163
5. 1. 1. Función social de la depresión.....	166
5. 2. La psiquiatría y el diagnóstico como condicionantes del malestar.....	168
5. 2. 1. Una lectura feminista del diagnóstico en salud mental.....	169
5. 2. 2. Otras variables que también marcan la vivencia del diagnóstico.....	172
5. 2. 3. Maneras de vivir <i>el diagnóstico</i>	174
5. 3. Los psicofármacos y la cerebrización del sujeto: de lo biopolítico a lo tecnobiopolítico	178
5. 3. 1. El contexto etnográfico y (tecno)biopolítico de los antidepresivos.....	180
5. 3. 2. Psicofármacos en un mundo naturocultural.....	183
5. 3. 3. Interacciones con el entorno: actuando y enactuando de forma múltiple.....	188
5. 3. 4. Pérdida de diversidad y ganancia productiva como resultado de la normativización	191

5. 4. Biopolítica de lo emocional: la terapeutización de la sociedad.....	194
5. 4. 1. Manejo o gestión emocional.....	197
5. 4. 2. El crecimiento personal y el sufrimiento como motor de aprendizaje.....	198
5. 4. 3. Lenguaje, comunicación y narratividad del self.....	203
5. 4. 4. Terapias New Age y Medicinas Alternativas Complementarias: dispositivos emocionales en expansión.....	205
5. 4. 5. El discurso terapéutico y su relación con el género.....	208
5. 5. Reflexiones finales en torno a la (tecno)(psico)biopolítica de las depresiones.....	212
5. 5. 1. Vidas definidas para un futuro controlado.....	212
 CAPÍTULO 6. SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS DE LA RECUPERACIÓN Y EL BIENESTAR EN DEPRESIONES.....	217
6. 1. Aportes al modelo de la recuperación.....	219
6. 2. El bienestar como elemento clave en la recuperación.....	227
6. 3. Tipos de significados y experiencias de la recuperación y el bienestar.....	232
6. 3. 1. Nuevos ritmos: importancia de la tranquilidad y la contemplación.....	232
6. 3. 2. “Recargar las pilas” y “estar en armonía”.....	238
6. 3. 3. Afectos y emociones: lo erótico como fuerza vital.....	240
6. 3. 4. Las ganas de vivir: ilusiones, deseos y sentidos.....	247
6. 4. La erótica y la vida como punto de unión.....	251
 CAPÍTULO 7. LAS PRÁCTICAS CORPORALES: ESTRATEGIAS Y TÁCTICAS PARA LA RECUPERACIÓN.....	253
7. 1. Tipos de prácticas corporales activadas.....	255
7. 1. 1. Alimentación.....	256
7. 1. 2. Artes y artesanías.....	256
7. 1. 3. Asociacionismo.....	259
7. 1. 4. Comunicación con las otras: habla y escritura.....	260
7. 1. 5. Deportes.....	261
7. 1. 6. Encuentros y relaciones sexoafectivas.....	262

7. 1. 7. El cultivo de la estética.....	263
7. 1. 8. Los cuidados de las otras: actividades reproductivas.....	264
7. 1. 9. Naturaleza: contacto con el medio ambiente.....	264
7. 1. 10. Terapias <i>New Age</i> y Medicinas Alternativas Complementarias.....	265
7. 1. 11. Sustancias psicoactivas: consumo y evitación.....	267
7. 1. 12. Trabajo asalariado y el ámbito de lo laboral.....	268
7. 1. 13. Viajes y cambios de residencia.....	269
7. 1. 14. “No hacer nada”.....	269
7. 2. (En)Actuación de las prácticas corporales en los procesos de recuperación.....	270
7. 2. 1. Reforma de las corporalidades y de lo social.....	271
7. 2. 2. Habitar lo corporal: ser y estar-en-el-mundo.....	273
7. 2. 3. Representación e identidad: ¿qué hacemos?.....	276
7. 2. 4. El horizonte compartido: ¿vivir para qué?.....	280
7. 2. 5. El goce: vida y disfrute.....	283
7. 3. Intencionalidad y reflexividad en los procesos de recuperación: aportaciones al debate sobre las prácticas corporales.....	284
7. 4. Pluralismo médico: muchos remedios para el mismo mal.....	288
CAPÍTULO 8. EL GESTO DE LA INCLINACIÓN: LA VIDA EN COMÚN COMO FORTALEZA EN LA RECUPERACIÓN DE LAS DEPRESIONES.....	291
8. 1. Apuntes teórico-prácticos sobre el concepto de vulnerabilidad.....	294
8. 1. 1. La conciencia sobre la propia desnudez es el mejor abrigo.....	294
8. 1. 2. Vergüenza y culpa por lo inevitable.....	298
8. 1. 3. El saberse vulnerable como empoderamiento feminista.....	299
8. 2. La recuperación en depresiones como agencia relacional: apoyo mutuo, reciprocidad y cuidados.....	301
8. 2. 1. Apoyos sociales para la recuperación.....	303
8. 2. 2. Relaciones entre iguales: procesos de identificación.....	306
8. 2. 3. No todo el mundo ayuda (de la misma forma): cambios en las relaciones.....	308
8. 3. La vida en común: nuestra mayor fortaleza para la recuperación.....	310

CONSIDERACIONES FINALES.....	315
BIBLIOGRAFÍA.....	325
ANEXO I: Guión de la entrevista.....	341
ANEXO II: Primeras categorías de análisis.....	345

Índice de tablas

Tabla 1: Estado Español, 2017. Prevalencia % diagnósticos de Salud Mental, por CC.AA y por género, población mayor de 15 años.....	28
Tabla 2: CAE, 2007, 2013, 2018. Prevalencia % diagnóstico de depresión, por género, población mayor de 15 años.....	30
Tabla 3: CAE, 2007, 2013, 2018. Brecha de género en Prevalencia % diagnóstico de depresión, población mayor de 15 años.....	31
Tabla 4: CAE, 2018, Mujeres. Prevalencia % diagnóstico de depresión, población mayor de 15 años, por grupo socioeconómico.....	32
Tabla 5: CAE, 2018, Hombres. Prevalencia % diagnóstico de depresión, población mayor de 15 años, por grupo socioeconómico.....	32
Tabla 6: Cataluña, 2002 y 2012. Prevalencia % diagnóstico depresión, según género y edad, población mayor de 15 años.....	33
Tabla 7: CAE, 2018. Prevalencia % problemas crónicos por género, en la población total.....	34
Tabla 8: Tema de estudio, disciplina, sexo de la primera autoría y enfoque de género de los estudios analizados por Castaño-López et al. (2006).....	40

INTRODUCCIÓN

Comencé esta investigación en enero de 2014, como parte de mi Trabajo Fin de Máster en Estudios Feministas y de Género en la UPV/EHU. En septiembre de ese mismo año lo defendí bajo el título *“Depresión y procesos de recuperación: agencia, género y prácticas corporales”* (Zapata 2014, 2018a). Siempre bajo la tutela de Mari Luz Esteban Galarza.

Por qué escogí este tema de investigación es una larga historia, o al menos para mí fue un proceso extenso e intenso. Quería hacer una etnografía corporal, eso era lo único que desde un principio tuve claro, y por otro lado, como estaba realizando un Máster en Estudios Feministas, la perspectiva de género era una condición. Esta cercanía a la teoría feminista, en principio, fue algo azaroso, pero más tarde me llevó a conocer y profundizar en otras formas de hacer investigación, tal y como explicaré más adelante, y propició una transformación en mis valores y práctica política, así como en mi vida personal.

Entonces, y desde este único marco (corporal y feminista) me puse a buscar temas que pudieran interesarme en lo personal, pero que también tuvieran relevancia en lo social, esperando aportar nuevas herramientas o conocimientos para el cambio y la mejora de lo colectivo sin morir en el intento. Y de repente, un día que estaba frente a una lista de posibles temas, todos ajenos a mi propia trayectoria profesional, pensé que quizás tenía más sentido seguir con lo que ya venía haciendo. Desde el año 2008 hasta el 2013 (algo que luego continúe hasta el 2017), estuve en varios proyectos de teatro con personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental -la mayoría eran procesos artísticos que pretendían romper el estigma que existe alrededor de la locura-, además de varios grupos de pensamiento antipsiquiátrico. Así que decidí aprovechar parte de los conocimientos que había ido acumulando, y comencé a pensar en temáticas dentro de ese área de estudio, que pudieran seguir aportando a la visión psiquiátrica más crítica y a la etnopsiquiatría en general.

Un día, en una de las clases de metodología cuantitativa del Máster, la profesora Marta Luxan Serrano nos mostró los nuevos resultados de la *Encuesta de Salud del País Vasco 2013*¹, y entre ellos, los diagnósticos por síntomas de ansiedad y depresión. Y allí empecé todo. En las siguientes dos semanas, pasé gran parte del día buscando información cuantitativa sobre la depresión, y así fue como decidí emprender una etnografía sobre dicho tema, con el objetivo de desmontar el paradigma más neurofisiológico en pro de uno más sociocultural.

La idea de centrarme en la recuperación vino algunos días después. De viaje a Madrid, una de mis compañeras de máster con la que aquel día compartía coche, Carmen Crespo Ordóñez, me sugirió darle un giro al tema y pensarlo desde las capacidades de cambio. ¿Por qué no? Si lo socioestructural nos constriñe, qué mejor que demostrar cómo conseguimos hacerle frente, o al menos, qué estrategias empleamos para sobrevivir y generar transformaciones. Propuse el tema al equipo docente del Máster, y Mari Luz Esteban comenzó a tutorizarlo. También fue el momento en que decidí, junto a mi nueva tutora, ampliar el estudio a personas que residen tanto en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) como en Cataluña, porque son dos territorios con características sociales parecidas, y porque en uno y en otro yo tenía experiencia en el ámbito de la salud mental, lo que me permitía un conocimiento previo de partida de los dos contextos culturales y sus sistemas de salud.

Este primer TFM fue un trabajo de iniciación al tema y a la investigación en general, porque nunca antes había puesto en práctica la etnografía, pese a que había estudiado antropología en la UNED sólo un año antes del Máster. Todo era nuevo; era la primera vez que realizaba una entrevista, que intentaba un análisis, y que escribía un texto tan largo y además con carácter etnográfico. No probé sin embargo la observación participante, porque mi primer trabajo de campo se limitó a cinco entrevistas en profundidad, y una más corta sobre un tema específico con una de las personas participantes. Fue un estudio que realicé en apenas nueve meses, pero al que dediqué mucho tiempo e ilusión, y que fue reconocido con el "I Premio de investigación en estudios de género" (2016) por el *Grupo 9 Universidades*. Un trabajo que además supuso la base para mi posterior proyecto de tesis doctoral, y con el que comencé a intuir algunas características del fenómeno y que cuestionó algunas de mis expectativas.

En ese mismo verano del 2014, diseñé lo que sería el proyecto de la futura tesis doctoral, quizás algo apresurado pero obligada por los plazos administrativos de las convocatorias a contratos predoctorales. Este primer proyecto, mantenía mucho del propio proyecto del TFM, en cuanto a objetivos y justificación del estudio, pero tuve que revisar las hipótesis

¹ <http://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-salud-2013-presentacion/web01-a3osag13/es/> [Consulta: 17/02/2018]

para incluir una mirada más relacional de los procesos de salud-enfermedad-atención, porque en el proyecto del TFM aún se mantenía un acercamiento al tema demasiado individualista.

Con el proyecto ya revisado me presenté en 2014 a la convocatoria del Programa para Formación de Personal no Doctor del Gobierno Vasco, y logramos junto a mi tutora (en lo que sigue directora de tesis) un contrato de investigación, que comencé a disfrutar a primeros del 2015. En los primeros meses de ese año revisé el proyecto, organicé el trabajo de campo (fechas, contactos, preparación de técnicas, etc.), y seguí avanzando con las lecturas de la bibliografía, una tarea que he mantenido durante todo el proceso.

El trabajo de campo lo organicé en varias temporadas. En la primera, de septiembre a diciembre del 2015, hice las primeras entrevistas a las personas residentes en la CAE, y alguno de los acompañamientos a las prácticas corporales² que realizaban. La segunda temporada la dediqué a encontrarme con las personas residente en Cataluña, entre enero y junio del 2016. Y después, a mi vuelta a la CAE y hasta octubre de 2016, seguí realizando acompañamientos con las residentes³ en ese territorio, y esporádicamente me trasladé a Cataluña para contrastar alguna información o acompañar en alguna ocasión que había quedado pendiente. Después de esta fecha, comencé con los análisis de la información, y la vuelta al campo desde entonces ha sido muy puntual y condicionada por objetivos más específicos.

En cuanto al análisis, en el verano de 2016 comencé a pensar sobre las categorías y unidades de análisis, y las terminé de organizar en otoño después de varias propuestas. También en ese mismo periodo, y de forma complementaria, inicié los análisis de la información recogida durante el trabajo de campo; una tarea que finalicé en marzo de 2017, siempre con la ayuda del programa *Atlas.ti 8*.

Entre enero y mayo de 2017, disfruté de una estancia en el Centro de Investigación y Estudios Superiores de Antropología (CIESAS) de Ciudad de México, bajo la tutela de Eduardo L. Menéndez Spina. Un período en la capital mexicana que me permitió, no sólo conocer y formarme en antropología de la medicina y la salud con la ayuda de uno de los antropólogos eméritos en el tema, sino que además pude asistir al Seminario de Estudios Socioculturales de las Emociones del Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dirigido por la profesora Oliva López Sánchez. Este seminario fue uno de los espacios académicos más fructíferos

² Prácticas corporales es un concepto central en mi estudio. Me refiero con este término a aquellas acciones donde existen un mayor compromiso con lo corporal. A lo largo del texto se definirá en detalle el término y las implicaciones en mi investigación.

³ A lo largo de este texto, por lo general, marcaré el plural o el impersonal en femenino porque me refiero a personas, en un intento de hacer un uso inclusivo del lenguaje. Y cuando me refiera a la realidad de aquellos sujetos identificados como mujeres, bolleras o trans femeninas, haré una mención explícita de esta distinción para que no haya confusión en relación a la marca lingüística.

para discutir y poner a prueba las primeras reflexiones de esta investigación. Una influencia que ha marcado mi acercamiento a lo emocional, tanto en el abordaje del tema de estudio, como en el propio quehacer etnográfico, y que me obligó a revisar algunas de mis consideraciones previas sobre lo corporal.

Cuando volví de México, a finales de mayo de 2017, comencé a gestar lo que sería el índice de contenidos de este manuscrito, ordenando ideas y planificando el cronograma de escritura, además de elaborar varias publicaciones que han adelantado algunas de las reflexiones que aquí se presentan (Barba y Zapata, 2018; Zapata, 2017, 2018a, 2018b, en prensa). También fue el momento en que me senté a recordar, preguntar y escribir sobre mi propio relato de recuperación, al que luego me referiré, en un intento de seguir aportando elementos autoetnográficos a la investigación.

La elaboración del índice de contenidos del texto que aquí presento fue como encontrar un foco de luz en mitad de un túnel oscuro e infinito. Una de esas situaciones que te devuelven la esperanza en un proceso tan largo, intenso y solitario⁴ como es el de la elaboración de una tesis doctoral. Para esta tarea, al principio tuve como referencia las categorías principales que había empleado para el análisis, porque me permitían presentar la información de una forma ordenada y coherente con los resultados. Aunque posteriormente hubo algunas modificaciones, como incluir un capítulo exclusivamente sobre las relaciones con las otras personas o seres animados, algo que a priori era una subsubcategoría dentro de una subcategoría de una categoría mayor, pero que por su relevancia tras los análisis se ganó la posición de cierre en este escrito. También el capítulo sobre biopolíticas aumentó y se reestructuró en contenidos a partir del trabajo colectivo que venimos desarrollando junto con Marta Barba Gassó⁵. O el capítulo sobre metodologías, que claramente se ha visto enriquecido por la docencia que impartí en la asignatura de Métodos y Técnicas cualitativas II del Grado de Antropología Social de la UPV/EHU, durante el curso 2017-2018.

Junto a todas estas tareas, en otoño de 2017 llevé a cabo un segundo análisis de la información empírica, buscando lagunas y ausencias que aún podía resolver. Por otra parte, también rescaté todos los apuntes que había tomado de las lecturas bibliográficas los años anteriores. Durante seis semanas, únicamente me dediqué a traspasar el contenido de una docena de libretas al ordenador, mientras las clasificaba a lo largo del índice de contenidos, que ya había trazado previamente. Así, para enero de 2018 comencé a escribir el texto que

⁴ Aunque la elaboración de una tesis doctoral siempre es una tarea bastante solitaria, he tenido la suerte de contar con el apoyo y el soporte de algunas de mis compañeras, tanto del Máster en Estudios Feministas, como del Programa de Doctorado en Estudios Feministas, así como colegas del Dpto. de Filosofía de los Valores y Antropología Social y de AFIT-Antropología Feminista Ikerketa Taldea. Gracias a todas ellas, y especialmente a las que somos -o hemos sido- parte del Laboratorio Margaret Mead; ese pequeño cubículo, *hain goxoa eta sortzailea!*

⁵ Un proyecto común en torno a las semillas y los psicofármacos como cuerpos biotecnológicos, que presentamos por primera vez en las XX Jornadas de Ankulegi- Asociación Vasca de Antropología celebradas en Donostia-San Sebastián en marzo de 2017. Posteriormente hemos publicado un artículo (Barba y Zapata, 2018) en AIBR-Revista de Antropología Iberoamericana en Red, con una ampliación de los primeros resultados.

aquí se presenta. Una tarea que tampoco ha sido fácil, y que constantemente me recuerda lo relativo y parcial de cada etnografía, porque yo misma podría contar cada idea, reflexión, descripción, etc. de formas muy distintas, y cada selección suponía una exclusión. Finalmente, opté por la siguiente estructura para presentar los contenidos.

El primer capítulo refleja lo que he denominado “mi posición de salida”. Me parecía importante, antes de comenzar con el texto, dar a conocer los objetivos de la investigación, que son la guía para el trabajo de campo y el análisis posterior. Igual que las hipótesis, siempre relacionadas con los objetivos marcados, y que anuncian los intereses del estudio. Tras esta contextualización de la investigación, presentaré una breve compilación de datos estadísticos sobre la situación del diagnóstico en salud mental en general, y en concreto de la depresión y la ansiedad, tanto en Europa, como en el Estado español, la CAE y Cataluña. Y, por último, descubriré lo que he llamado “las lentes etnográficas”. Con esta expresión me refiero a las teorías, ideas y conceptos desde los que comencé a mirar al objeto/sujeto de estudio, y que se ubican en tres ámbitos distintos: la Antropología de la Medicina y la Salud, la Teoría Feminista y los Estudios de Género, y la Antropología del Cuerpo y la Teoría de los Afectos⁶.

Una vez hecho explícitos los intereses y las inquietudes teóricas, en el segundo capítulo abordaré el procedimiento metodológico, con la intención de mostrar las técnicas y métodos empleados en cada fase de este proceso. Empezaré presentando las técnicas para la recogida de información: entrevistas y conversaciones durante la estancia en el campo, el *estar ahí* para realizar las percepciones participantes, y el análisis de las prácticas corporales como herramienta metodológica para esta etnografía. Después, describiré el campo de estudio que, al ser multisituado, se parece a la imagen de un cristal caleidoscópico. Para entender esta composición, primero explicaré los criterios que motivaron la selección de esa muestra, en segundo lugar describiré brevemente a cada una de las personas que han participado en la investigación y sus contextos, y por último, y para facilitar la visión general, presentaré una tabla con las características principales de cada una de estas personas. La tercera parte del capítulo trata de mostrar, en detalle, cómo fue la tarea de analizar la información, una cuestión que suele quedar velada en los textos etnográficos, y que me parece de gran utilidad para comprender cómo se construye la interpretación. Después, ofreceré algunas reflexiones al rededor de la escritura y la autoría de un texto, a partir de mi experiencia como etnógrafa novel. Y para finalizar, presentaré algunas inquietudes metodológicas que fueron apareciendo en el trascurso del trabajo de campo, que están relacionadas con el componente autoetnográfico de cualquier etnografía, y especialmente de una etnografía encarnada como ésta.

⁶ Para facilitar la lectura, a partir de ahora escribiré en minúscula cualquier disciplina o subdisciplina académica a la que me refiera.

El tercer capítulo es la presentación del fenómeno estudiado. Con este estudio he querido abordar los procesos de recuperación en depresiones, ¿pero, qué es una depresión? O, al menos, ¿cómo la experimentan las personas participantes en esta investigación? Por tanto, desde una perspectiva fenomenológica, presentaré los diferentes relatos que fui recogiendo sobre esos momentos en los que se está “*en un pozo negro*”, que nos aleja del mundo y de nosotras/os mismas/os. Un acontecimiento que quiebra la vida, y que podría ser entendida bajo la noción de “*crisis de la presencia*” ofrecida por Ernesto De Martino (2000, 2003, 2004), tal y como se propone en la segunda parte de este capítulo.

Después de definir la experiencia, habría que pensar por qué ocurre lo que en las ciencias médicas se denomina etiología del proceso de salud-enfermedad-atención, es decir, aquellos condicionantes que facilitaron la aparición del malestar. El cuarto capítulo aborda esta cuestión desde el prisma de lo sociocultural, entendiendo que las desigualdades y violencias provocadas por un sistema de género heteropatriarcal, y un sistema capitalista neoliberal, son una gran fuente de sufrimiento para las personas que participan en la investigación. Pero además, la etnografía también ha desvelado un tercer ámbito de malestar que está relacionado con la gestión de la pérdida, los duelos, y las formas culturales con las que nos enfrentamos a ellas. Un contexto sociocultural, en general, que impulsa a pensar las depresiones como un *malestar social encarnado*, confrontando así las teorías biologicistas que inundan nuestro imaginario sobre el fenómeno, y aportando nuevos materiales para una lectura sociocultural de la salud y la enfermedad.

Entonces, lo sociocultural marca la propia aparición del malestar, ¿pero cómo es este contexto sociohistórico en el que ocurre? El mundo occidental, en la época actual, marco en el que se lleva a cabo el estudio, se caracteriza por un tipo de gobernabilidad muy articulada con el saber y la ciencia biomédica, algo que se denomina biopolítica, en cuanto a que se regula la vida (y la muerte) desde las instituciones políticas (y financieras). Algo que afecta de forma total a la noción de salud y enfermedad que sostienen estas culturas y que determina además, tanto las experiencias y representaciones de la depresión, como de la recuperación. Abordaré esta cuestión en el quinto capítulo, donde primero, y tras argumentar cómo la biomedicina es un vehículo eficaz para las nuevas formas de gobierno, presentaré algunas intuiciones sobre la funcionalidad de la depresión en este mismo contexto biopolítico. En segundo lugar, y distribuido a lo largo de tres apartados diferentes, mostraré tres dispositivos que ejecutan y administran las ideologías biopolíticas dominantes, y que están influyendo en todas las fases del proceso de salud-enfermedad-atención de la depresión. Me refiero al diagnóstico, a la psicofarmacología, y al discurso terapéutico o psicobiopolíticas. Por último, y con la intención de reflexionar, no sólo sobre cómo se gestiona la vida, sino sobre el significado mismo de esta noción, acudiré a la propuesta de algunas teóricas feministas que proponen alternativas a las formas hegemónicas de

gestionar la vida (y la muerte) y por tanto, la salud (y la enfermedad).

Una vez que el fenómeno de la depresión, su causalidad y el contexto donde ocurre estén definidos, pasaré a analizar el proceso de recuperación, intentando descubrir los cambios que acontecen durante esa transformación identitaria que permite recobrar nuestra presencia en el mundo. El sexto capítulo, que aborda esta cuestión, comienza con una revisión del Modelo de la Recuperación, empleado en la práctica médico-psiquiátrica desde los años setenta del pasado siglo, y que ha servido de marco explicativo para el tema que estudio, aunque con ciertas modificaciones, con el objetivo de incluir una mirada más relacional y colectiva de los procesos de salud-enfermedad-atención. Lo mismo ocurre con la noción de bienestar, que siempre ha estado muy emparentada con la de recuperación, pero que es una vivencia con características complejas, como mostraré en el segundo apartado de este capítulo. El tercer apartado está dedicado a los significados y experiencias de estas dos nociones, recuperación y bienestar, que las participantes relataron durante el trabajo de campo, y que he dividido en cuatro ámbitos para una exposición más clara: importancia de la tranquilidad y la contemplación, acumulación de una energía física pero también espiritual, retorno del ámbito más sensible de la propia corporalidad así como del ámbito de lo emocional, y capacidad de desear y de ilusionarse por la vida. Cuatro partes de un mismo telar que, como se argumenta en el último apartado, podrían unirse con un mismo hilo común: el de la fuerza erótica, entendida como el impulso somático y vulnerable para la vida.

¿Pero cómo se recuperan las personas de una depresión? En el quinto capítulo se explicaron los recursos ofrecidos por el sistema biomédico, pero en los relatos recogidos aparecen otras muchas estrategias y tácticas que quedan al margen de los servicios públicos y privados de salud, y que interactúan con los mismos. Con la idea de que somos capaces, tanto las personas como los colectivos, de decidir sobre nuestros propios procesos de salud-enfermedad-atención, desde el principio de esta investigación surge la intuición de que las prácticas de tipo corporal son una manera eficaz y eficiente de recuperar la corporalidad “perdida” durante las depresiones. Para mostrar esta cuestión, primero realizaré una descripción etnográfica de las diferentes actividades puestas en marcha para activar y mantener la recuperación en depresiones, y que tienen un compromiso directo con el cuerpo. En segundo lugar, presentaré la influencia de las mismas en los procesos analizados, dividiendo los resultados del análisis en cinco grupos: la reforma de la corporalidad, la “vuelta al cuerpo” y a la presencia somática, la transformación identitaria, la creación de un sentido de vida compartido, y la repercusión del placer para la re-generación de la salud. Sin embargo, para activar y mantener la recuperación no siempre es necesario poner en marcha estas prácticas con tal intención, porque además, no todas las personas tienen la misma reflexividad sobre su proceso de salud-enfermedad-atención,

algo que abordaré en el tercer apartado. En cualquier caso, este protagonismo de otras actividades diferentes de las ofrecidas por los servicios de salud avisa de la existencia de un pluralismo médico, con características propias en los casos estudiados, y que da lugar a las reflexiones del apartado final.

El siguiente capítulo, el último de esta tesis, es una llamada de atención sobre la importancia de entender todos estos procesos de recuperación como algo relacional, donde las fronteras entre lo individual y lo colectivo pierden valor. Para esto, recogeré algunas ideas de la teoría feminista sobre la vulnerabilidad, que contrastaré con la información etnográfica recogida, y aportar de esta forma al debate sobre una condición humana interdependiente y siempre expuesta al mundo. Un diálogo con las propuestas de Judith Butler y Adriana Cavarero que ayudan a entender la recuperación como una forma colectiva de afrontar el malestar social encarnado. Es decir, y tal como apunto en el último apartado de este capítulo, sólo una existencia en común permite salir de una crisis vital como la depresión, creando y reforzando el apoyo mutuo y la reciprocidad necesaria para la reproducción de la vida.

Por último, he creado un apéndice llamado “Consideraciones finales” que será el punto final de este texto. En el mismo, por una parte, sintetizaré las ideas principales de los capítulos anteriores, intentado visibilizar las conexiones entre ellos que, aunque ya han ido apareciendo durante la redacción de los mismos, quedarán plasmadas de forma resumida en esta última parte del manuscrito. También revisaré de nuevo los objetivos e hipótesis de partida de la investigación, con la intención de realizar un ejercicio de reflexividad y conocer qué he conseguido abarcar durante la etnografía, y qué ha sido abordado de forma más débil. Y por último, y con el deseo de seguir generando conocimiento en colectivo, señalaré algunas ideas y reflexiones que, de momento, no se apoyan en ninguna argumentación sólida, pero que podrían servir para comenzar nuevas investigaciones.

CAPÍTULO 1

LÍNEA DE SALIDA: PREGUNTAS INICIALES DE LA INVESTIGACIÓN

1. 1. Objetivos de la investigación

Objetivo 1: Describir y analizar los procesos de recuperación en casos de depresión, atendiendo a las características de los contextos culturales y sociales, a la variabilidad de las situaciones y características personales y a la interacción entre ambas esferas.

Objetivo 2: Comprender la gran diversidad de experiencias y discursos sobre los diferentes procesos de recuperación estudiando la interacción de los condicionantes de género con otras variables como la edad o el grupo socioeconómico de pertenencia.

Objetivo 3: Analizar con especial atención 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.

Objetivo 4: Describir y analizar la dimensión corporal y encarnada de la experiencia, porque supone un campo de estudio privilegiado para:

- Comprender mejor la reconfiguración de las identidades en su conjunto, y de género en específico, y de otros signos propios de la depresión que señalan conflictos donde las dimensiones de lo corporal y lo emocional son fundamentales.
- Profundizar en los factores que están facilitando la recuperación, puesto que muchas de las estrategias y tácticas⁷ llevadas a cabo por las personas tienen un desarrollo dentro del ámbito de lo corporal.

⁷ Michel de Certeau (2000) distingue diferentes "*modos de hacer*" en función del tipo de prácticas que se ejecuten. Este autor diferencia entre estrategias y tácticas, entendiendo las primeras como las acciones más planificadas y ejecutadas desde lugares de poder, que además pueden tener una proyección global o a largo plazo de sus consecuencias. Sin embargo, las tácticas son formas de acción menos planificadas, propias de personas o colectivos que están en lugares de menor control del poder, y que intentan un objetivo a corto plazo y menos global.

Objetivo 5: Identificar 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.

1. 2. Hipótesis de partida

Hipótesis 1: 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 socioeconómico de pertenencia. Conocer cómo influyen todas estas variables en dichos procesos será determinante en la comprensión de la curación.

Hipótesis 2: Las depresiones están directamente relacionadas con crisis vitales que generalmente están vinculadas con diferentes procesos de desigualdad socioestructural, que provocan en algunas personas un malestar tan intenso que acaba siendo expresado, enfrentado o transformado en fenomenología depresiva.

Hipótesis 3: El proceso de salud-enfermedad-atención es relacional, y por ende el camino hacia la recuperación estará determinado por acciones, prácticas o cambios de ideología y de corporeidad en las personas y sus contextos, para poder reducir los efectos de las situaciones de desigualdad socioestructural en la que se encuentran.

Subhipótesis 3.1.: Los modelos de feminidad y masculinidad hegemónicos en interacción con la edad y el grupo socioeconómico de pertenencia son un factor clave en la aparición de las depresiones, por eso, será imprescindible para la recuperación del bienestar la reconfiguración de la identidad de género y la asunción de modelos de género más flexibles.

Subhipótesis 3.2.: 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.

Subhipótesis 3.3.: En un proceso de recuperación de una depresión las personas tienden a combinar distintos recursos para afrontar el dolor y su fenomenología, en general, en combinación con 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.

Subhipótesis 3.4.: 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 recuperación.

1. 3. Salud mental, ansiedad y depresión: ¿qué nos dicen las encuestas?

A continuación, mostraré algunos datos estadísticos sobre las diferencias por género, edad y grupo socioeconómico, en cuanto a los diagnósticos en salud mental en general y en particular los de depresión y ansiedad.

La mayoría de datos y gráficos han sido extraídos de las diferentes encuestas de salud de cada territorio. Por una parte, he tenido en cuenta la *Encuesta de Salud del País Vasco*, tanto de 2007, como de 2013 y 2018. Y, por otro lado, también he recopilado datos de la *Encuesta de Salud de Catalunya* (ESCA) de diferentes años (2006-2018), ya que los parámetros que miden cada anualidad no son los mismos, y de la *Encuesta de Salud de España*, tanto del 2010 como del 2017, para poder comparar varios períodos.

También he consultado varios estudios que son revisiones de estas mismas encuestas, así como otro tipo de bibliografía que contenía referencias estadísticas contrastadas. Y por último, cabe mencionar que se presentará datos del estudio *Gender disparities in mental health*⁸, elaborado por la ONU (2008), sobre el estado de salud mental a nivel mundial.

1. 3. 1. Información sobre salud mental en general

En Europa, según los resultados del proyecto europeo *EU contribución to the World Mental Health Surveys Initiative (EU-WMH, 2009-2011)*⁹, existen diferencias significativas en relación al género y al nivel de ingresos de las personas que son atendidas por los servicios públicos de salud mental. Según los datos, las mujeres de ingresos bajos son las que más diagnósticos reciben en este ámbito. Una situación que sobre todo se ve reflejada en las cifras de países del sur de Europa.

En cuanto al Estado español, en 2010, y según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁰, 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 mental¹¹ en la

⁸ https://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf?ua=1 [Consulta: 13/11/2018]

⁹ Una breve presentación del proyecto se puede encontrar en: <https://www.imim.cat/noticias/278/la-salud-mental-en-europa-resultados-del-proyecto-europeo-eu-wmh> [Consulta: 12/12/2018] Y algunos de sus resultados están publicados en: http://www.eu-wmh.org/PDF/FactSheet_Gender.pdf y http://www.eu-wmh.org/PDF/FactSheet_Inequalities.pdf [Consulta: 12/12/2018]

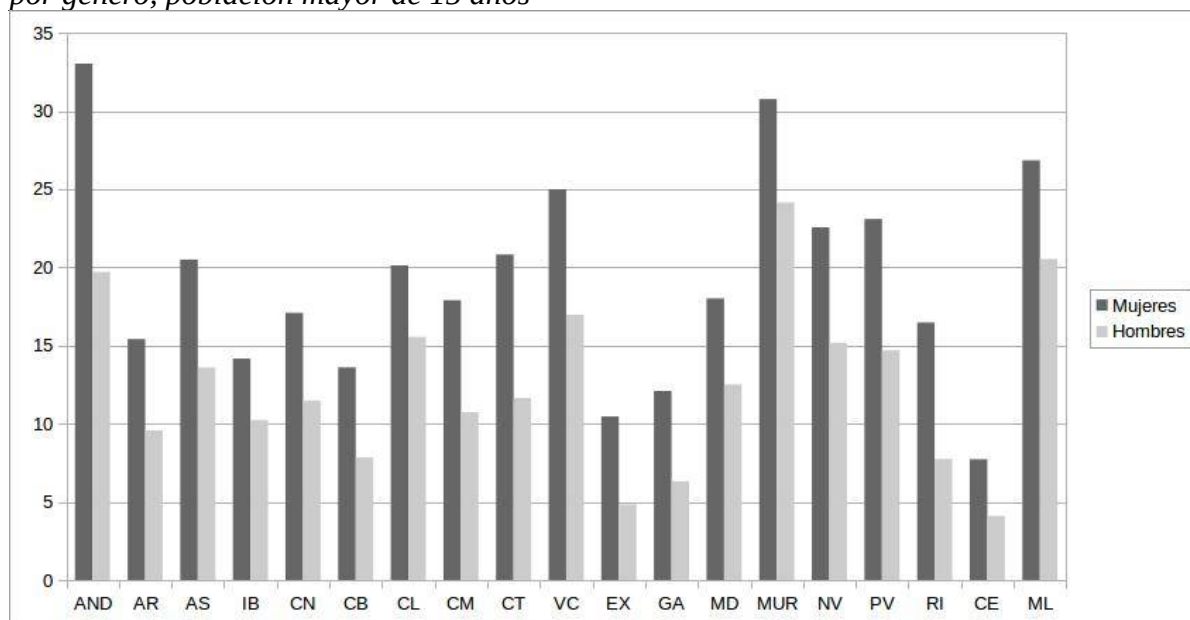
¹⁰ http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/InformeC/INCLASNS.pdf [Consulta: 23/11/2018]

¹¹ Probabilidad de sufrir algún trastorno mental a lo largo de la vida.

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 2017 las cifras muestran una situación muy parecida en el Estado español. La siguiente tabla señala que las diferencias debidas al género son en una proporción de 1:2 entre hombres y mujeres, siendo ellas atendidas en los recursos públicos de salud mental el doble de veces, y en todas las Comunidades Autónomas (CC. AA.):

Tabla 1: Estado Español, 2017. Prevalencia % diagnósticos de Salud Mental, por CC.AA y por género, población mayor de 15 años



Fuente: Fuente: elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de España 2017.

En 2011, en la CAE, 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 Cataluña, según la *Enquesta de Salut 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 hombres¹². Esta diferencia por género 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).¹³

1. 3. 2. 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)

En Europa, según datos aportados por Emilce Dio Bleichmar (1999) en cuanto al diagnóstico por depresión o ansiedad, 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 (ibídem:46). Una brecha de género y de edad que también señala la ONU¹⁴ para el caso de Europa.

También el Estado español muestra cifras muy parecidas para el año 2017¹⁵, donde se indica que el 9,1% de las mujeres (mayores de quince años) ha sido diagnosticada de depresión frente al 4,0% de los hombres. En cuanto a los diagnósticos por ansiedad las cifras son del 9,1% para las mujeres y 4,3% para los hombres. Además, la probabilidad de sufrir una depresión es mayor en las personas desempleadas, en contraste con las empleadas.

En la CAE los datos arrojados por las *Encuesta de Salud del País Vasco* de 2007, 2013 y 2018 indican un aumento de los diagnósticos por depresión de un 5% entre 2007 y 2013, pero un ligero descenso en el año 2018.

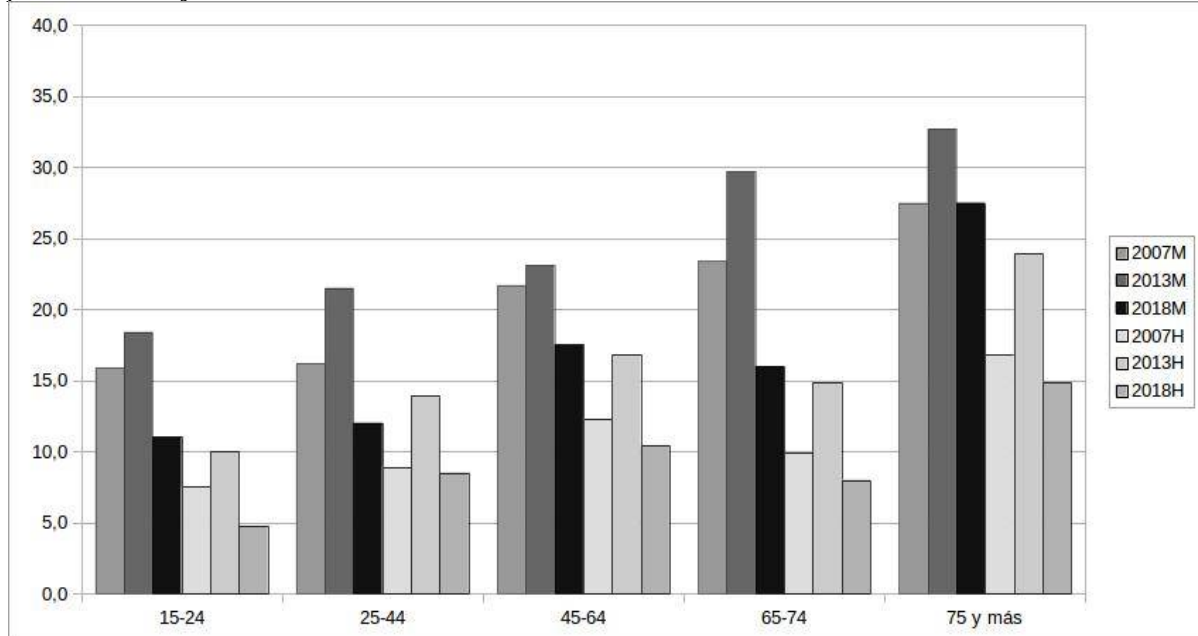
¹² <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir489/index.html> [Consulta: 23/11/2018]

¹³ <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1116?show=full> [Consulta: 23/11/2018]

¹⁴ http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf?ua=1 [Consulta: 23/11/2018]

¹⁵ <http://recs.es/encuesta-nacional-de-salud-espana-2017/> [Consulta: 23/11/2018]

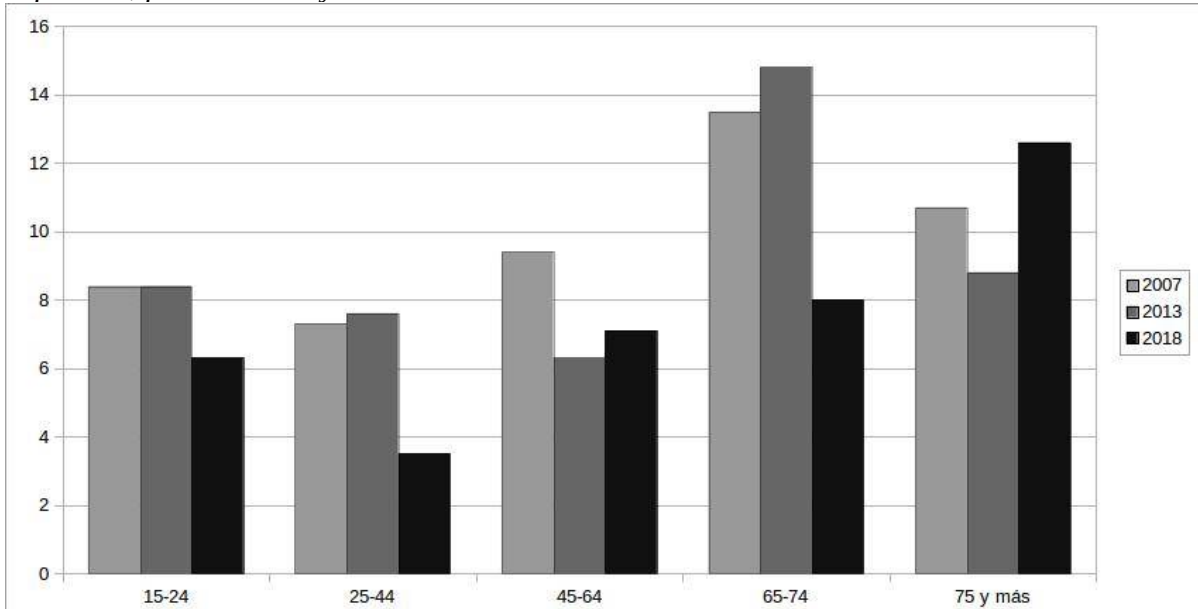
Tabla 2: CAE, 2007, 2013, 2018. Prevalencia % diagnóstico de depresión, por género, población mayor de 15 años



Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco, 2007, 2013 y 2018.

En cuanto a la brecha de género, como se muestra en la siguiente tabla, 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. No obstante, parece que esta tendencia se está frenando, y se puede deber tanto a que aumenta el número de hombres diagnosticados en contraste con el aumento del diagnóstico en el caso de las mujeres, o a que en general, el diagnóstico por depresión está disminuyendo.

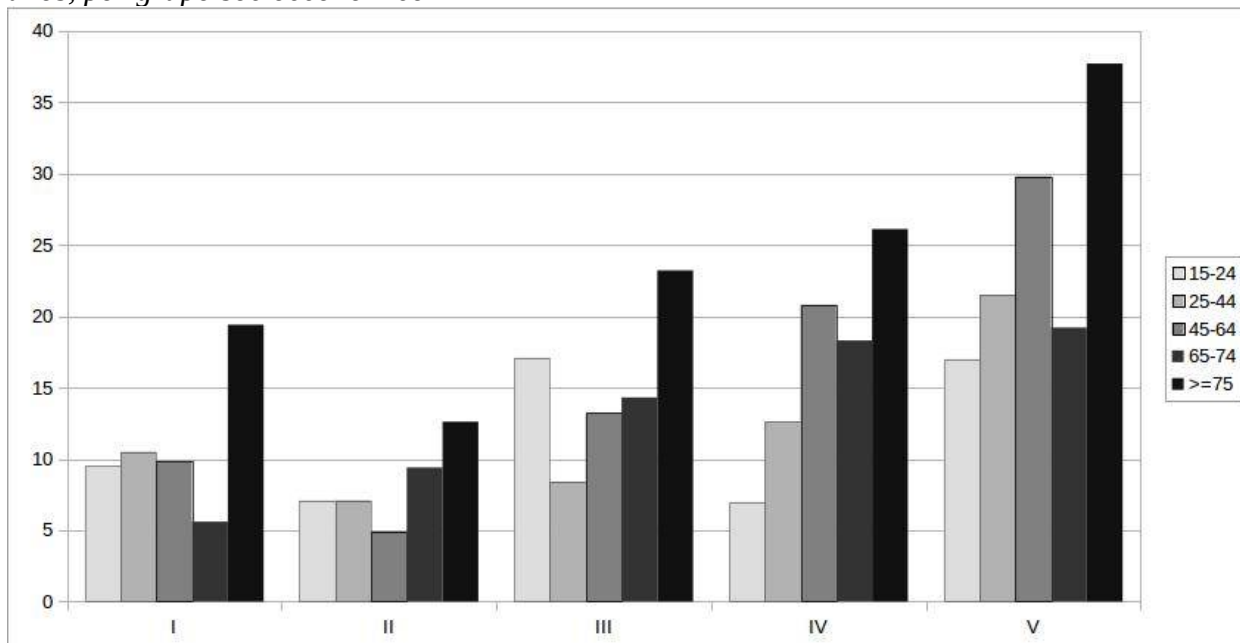
Tabla 3: CAE, 2007, 2013, 2018. Brecha de género en Prevalencia % diagnóstico de depresión, población mayor de 15 años



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco, 2007, 2013 y 2018.

También las estadísticas de esta misma encuesta indican una influencia de la categoría grupo socio-económico¹⁶, 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, tal y como muestra las siguientes tablas.

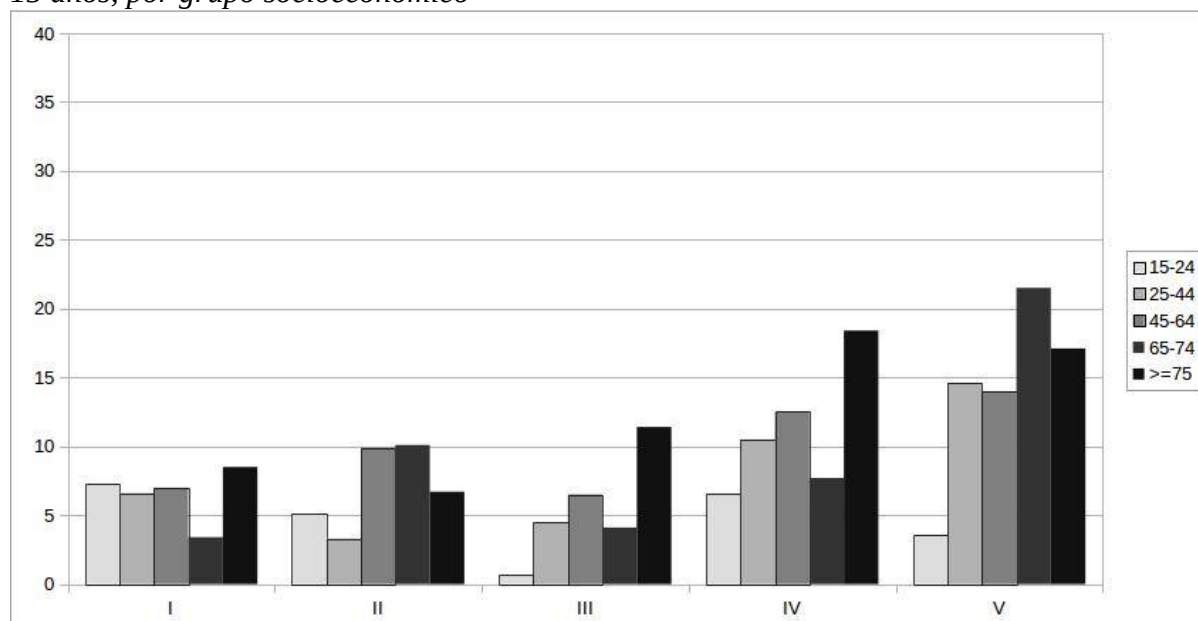
Tabla 4: CAE, 2018, Mujeres. Prevalencia % diagnóstico de depresión, población mayor de 15 años, por grupo socioeconómico



Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco 2018.

¹⁶ En la Encuesta de Salud el País Vasco, con esta demarcación se hace referencia a: "I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artísticas. III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas. V. Trabajadores/as no cualificados/as." Extraído de http://www.eustat.eus/elementos/ele0000500/ti_Prevalencia_bruta_y_estandarizada_de_sintomas_de_ansiedad_y_depresion_en_la_CA_de_Euskadi_porsexo_y_grupo_socioeconomico__20022013/tbl0000536_c.html#axzz2o0zrBqbl [Consulta: 28/12/2018]

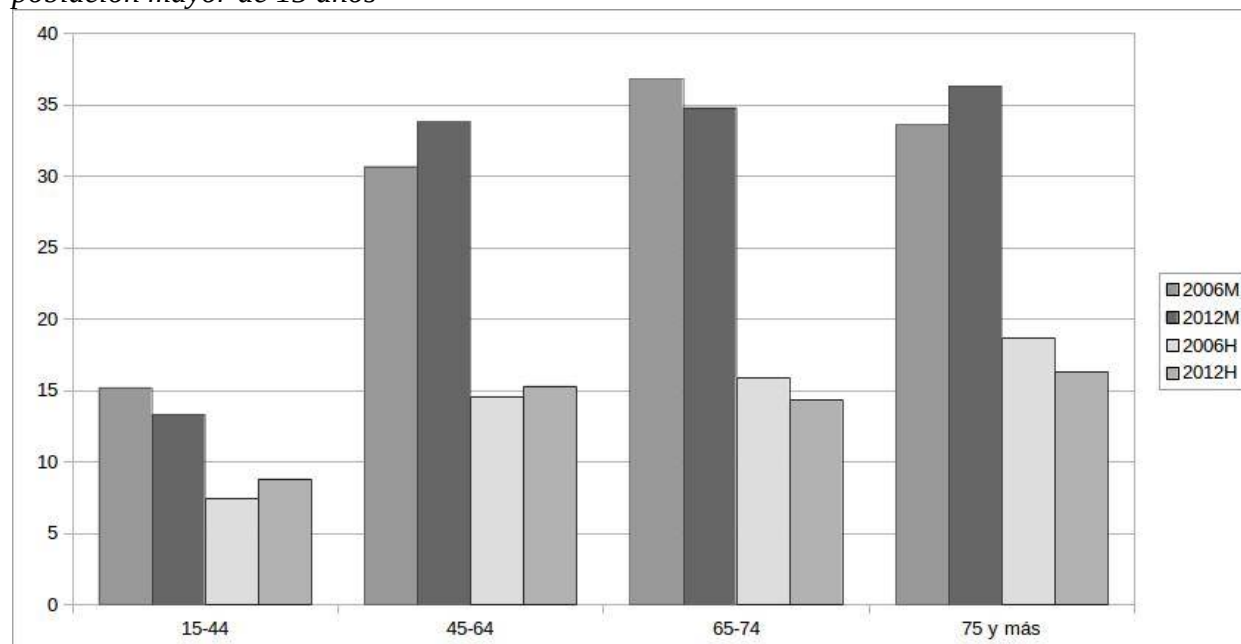
Tabla 5: CAE, 2018, Hombres. Prevalencia % diagnóstico de depresión, población mayor de 15 años, por grupo socioeconómico



Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco 2018.

En Cataluña, los datos del 2006 y 2012¹⁷ de la *Enquesta de Salut de Catalunya* muestran unos índices muy parecidos a los de la CAE en relación al diagnóstico por depresión y el género, tal y como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 6: Cataluña, 2002 y 2012. Prevalencia % diagnóstico depresión, según género y edad, población mayor de 15 años



Fuente: Enquesta Salut de Catalunya 2006 y 2012.

¹⁷ No han podido compararse un período temporal más actual, porque los indicadores que emplea esta encuesta no son los mismos a partir de 2012.

Siguiendo con la situación catalana, y en relación a datos más actuales, el informe de la *Enquesta de Salut 2017* (ESCA, 2018:5)¹⁸, señala:

El 6,2% de la población de 15 años y más padece depresión mayor o depresión mayor severa (3,6% de los hombres y 8,8% de las mujeres). Este porcentaje aumenta con la edad (especialmente a partir de los 75 años, que es del 9,0%) y es más elevado entre las personas que pertenecen a la clase social menos favorecida (7,2% la clase III y 3,5% la clase I) y entre las personas con un nivel de estudios más bajo (9,4% las que tienen estudios primarios o no tienen estudios y 4,3% las personas con estudios universitarios).

1. 3. 3. La cronicidad del diagnóstico por depresión

Es notorio que las cifras que hemos visto sobre el diagnóstico por depresión en el Estado español en 2017 aparecen siempre dentro de la categoría de “*enfermedades crónicas*”. Un concepto que esta misma institución define como:

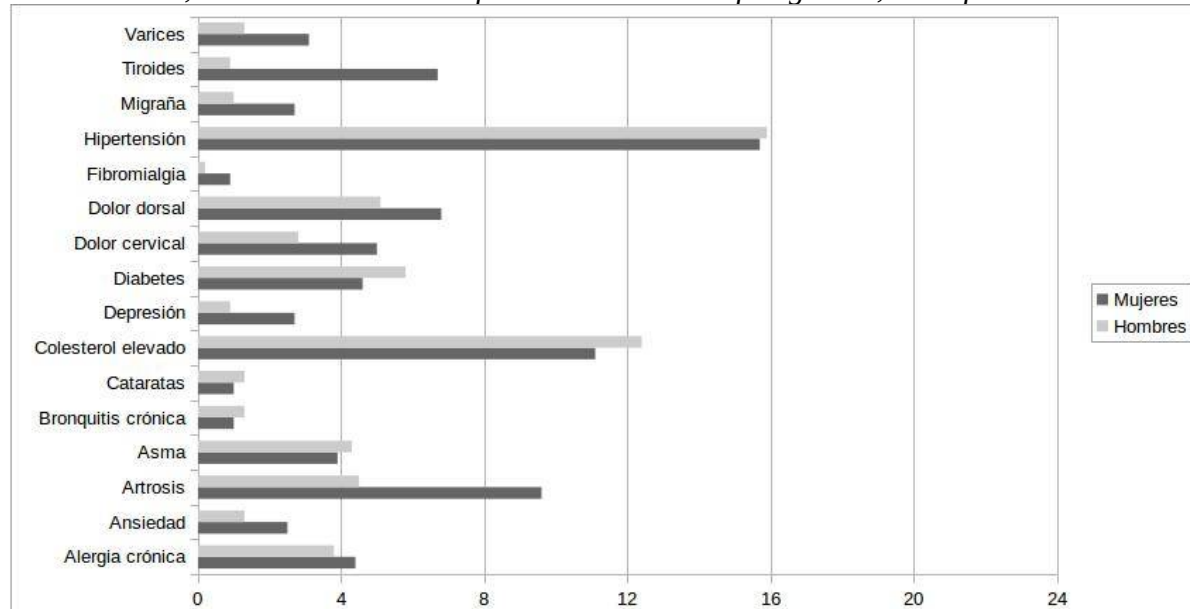
Una enfermedad de larga duración y generalmente de progresión lenta, además de que conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012:9)

Es decir, desde la propia institución, o al menos, el discurso que se transmite desde los estudios estadísticos, es que la recuperación de las depresiones es imposible, o como mínimo, difícil de alcanzar. Y lo mismo ocurre con la *Enquesta de Salut de Catalunya*, en la que frecuentemente, como vemos en el *Informe dels principals resultats de la Enquesta de Salut de Catalunya 2012* (Generalitat de Catalunya, 2012:35), el diagnóstico de depresión sólo aparece en la clasificación de trastornos crónicos.

En cuanto a la CAE, y en relación también a la clasificación que la *Encuesta de Salud del País Vasco 2018* establece sobre enfermedades que pueden llegar a cronificarse, se ofrece la siguiente tabla de elaboración propia, donde se ha incluido las cifras de cronicidad de la depresión y ansiedad, junto con otras patologías también frecuentes en la población vasca.

¹⁸http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/resum-executiu_esca_2017.pdf [Consulta: 2018/12/01]

Tabla 7: CAE, 2018. Prevalencia % problemas crónicos por género, en la población total



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018.

Con todos estos datos sobre cronicidad pretendo llamar la atención sobre la importancia de reflexionar y de realizar estudios sobre la recuperación en depresiones, ya que investigaciones como ésta podrían servir para disminuir la depresión a largo plazo o de por vida.

1. 4. Los prismas de mi lente etnográfica

Como Almudena Hernando Gonzalo¹⁹ señala, la universidad disciplina la mirada frente al mundo, es decir, cada rama del conocimiento se interroga por unas cuestiones determinadas y no por otras, “*escogiendo un grupo de preguntas concretas para hacerle a la realidad*”.

Como investigadora, tuve que decidir cuáles iban a ser mis interrogantes principales, desde qué posicionamientos teóricos los abordaría, y cuáles quedarían en un segundo plano tras estas decisiones. Me parece conveniente explicitar desde el principio este proceso de toma de decisiones, para que la lectora y la escritora estén contextualizadas.

Primero, se trata de una etnografía ubicada en el campo de la antropología psiquiátrica y con una aproximación desde el punto de vista de la actora²⁰, donde la noción de fenomenología y experiencia desde el cuerpo vivido va a ser un elemento central. Además,

¹⁹ Conferencia ofrecida por la autora bajo el título “¿Por qué somos diferentes hombres y mujeres? Sobre la identidad de género y su construcción sociohistórica”, organizada por la Asociación *Foro MIRaN*, en Iruña-Pamplona, el 18 de enero de 2019.

²⁰ Generalmente es denominado punto de vista del actor, pero en consecuencia con un uso inclusivo del lenguaje, tal y como advertí en una nota anterior, empleo siempre el genérico en femenino en referencia a persona.

es una etnografía feminista, tanto por el enfoque en el análisis como en la forma de entender y de hacer investigación. Y, en tercer lugar, es una etnografía de tipo corporal, somática y encarnada, con un gran protagonismo de lo afectivo. En lo que sigue, explicaré brevemente el porqué de estas elecciones y que significados o implicaciones han tenido cada uno de estos posicionamientos para el enfoque final del estudio.

1. 4. 1. Lo cultural y la salud mental: un enfoque desde el punto de vista de la actora

¿Por qué emprender una etnografía sobre los procesos de recuperación en depresiones? Cuando me preguntan a qué me dedico y explico que soy una antropóloga que estudio el tema de las depresiones, es muy habitual que mi interlocutora, a no ser que sea colega de disciplina, se sorprenda o incluso juzgue como inapropiado abordar este fenómeno desde una mirada que no provenga de la psicología o la psiquiatría. En el imaginario colectivo, la salud mental nada tiene que ver con lo cultural, seguramente como resultado del predominio de las narrativas de tipo neurológico, al menos en relación a las depresiones (Martínez-Hernández, 2014). Además, la salud mental es un ámbito extremadamente ligado al discurso y prácticas terapéuticas de tipo psicológico que, tal y como Eva Illouz (2010) señala, son relatos centrados en el *self* individual, desprovistos de un marco sociocultural de referencia.

Estas situaciones sirven para reafirmar la necesidad de seguir investigando sobre estos fenómenos desde el prisma etnográfico. No son pocos los estudios y autoras/es que se han dedicado a esta tarea, ya desde los inicios de la antropología y como una rama fructífera de la subdisciplina de la antropología de la medicina y la salud²¹, y que, como indica Ángel Martínez-Hernández (2010:143-144), ha sido denominada de múltiples formas:

El estudio de las relaciones entre la cultura, la terapia y los trastornos mentales ha sido el objeto durante largo tiempo de la psiquiatría transcultural, así como de la más contemporánea psiquiatría cultural. En términos descriptivos podemos decir que la primera ha sido a la investigación en territorios no-occidentales durante el período colonial y postcolonial como la segunda al análisis de las minorías étnicas en contextos nacionales de multiculturalidad, aunque esta distinción no sea siempre operativa debido a las diferencias terminológicas según autores, escuelas y tradiciones nacionales (Virmayer y Minas, 2000). Psiquiatría transcultural (Wittkower, 1974), etnopsiquiatría (Devereux, 1973), antropología psiquiátrica (Guyotat, 1994), psiquiatría comparada (Murphy, 1982), salud mental multicultural (De Jong y Van Ommeren, 2005) y otros muchos términos, entre el que se cuenta el más moderno de psiquiatría cultural (Lewis, Fernandez y Kleinman, 1995; Tseng, 2001), conviven en lo

²¹ Pese a que cada denominación (antropología médica, antropología de la medicina, o antropología de la salud y la medicina) tiene su propia historia, en este texto voy a simultanear todas ellas, y emplearé cualquiera de los términos de forma indistinta.

que ha sido la historia de este campo fronterizo entre el estudio de los trastornos mentales y la indagación en las dinámicas de la cultura.

En el Estado español, y siguiendo las ideas señaladas por Martínez-Hernández et. al (2015) en un artículo titulado “La genealogía de la Antropología Médica en España”, el desarrollo de la psiquiatría cultural siempre ha sido destacado. Pese a que la antropología médica en Europa ha tenido un desarrollo tardío en comparación con la estadounidense -hasta el comienzo de los años ochenta no se puede hablar de su aparición-, ya desde el principio de la misma destacan algunos autores como Josep Maria Comelles (1971, 1977) y Oriol Romaní (1982), con textos y estudios que versan sobre temas relacionados con la salud mental. Esta situación se irá consolidando durante los años 1982-2000, que asistimos a la institucionalización de la antropología médica en el Estado español. Pero es a partir del año 2000, que la etnopsiquiatría o antropología psiquiátrica toma fuerza, con estudios, por ejemplo, en torno a la migración y su afectación en la salud mental (Achótegui, 2000), u otros relacionados con las prácticas de asistencia médica y los procesos de medicalización (Comelles y Martínez, 1994b; González, 2000; Martínez-Hernández, 2000). Y en la última década, hemos asistido a una consolidación total de esta subdisciplina, con especial protagonismo del Departamento de Antropología Social de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, donde se han llevado a cabo la defensa de una veintena de tesis doctorales en este ámbito, como la de Martín Correa-Urquiza (2009), Lina C. Casadó Marín (2011), o Márcio Mariáth Belloc (2011), entre otras (Martínez-Hernández et al. 2015), y con la creación de un Postgrado en Salud Mental Colectiva.

Con el estudio que aquí presento, pretendo hacer una aportación a esta genealogía. En concreto, quisiera contribuir con una investigación que indaga sobre las experiencias, discursos y prácticas de los sujetos que viven la recuperación de una o varias depresiones. Por lo tanto, el método de estudio tenía que ser cualitativo, extenso, descriptivo, pero, además, tenía que responder a las necesidades metodológicas de una aproximación etnográfica centrada en el punto de vista de la actora. Esta forma de hacer antropología, tal y como Menéndez (2002) señala, ha sido muy prolija en la antropología de la salud, y surgió como reacción a las perspectivas más estructuralistas y/o simbólicas, que impedían ver como lo cultural se encarnaba en personas concretas.

La recuperación del «punto de vista del actor» aparece asociada a la producción y/o reapropiación de conceptos como sujeto, subjetividad, identidad, trayectoria, experiencia, agente, movimiento social y por supuesto actor, a través de los cuales no sólo se cuestiona a las teorías estructuralistas, sino que supuestamente permitiría describir y analizar la «realidad» en términos procesuales, transaccionales y sobre todo expresivos. (Menéndez, 2002:308)

Una aproximación metodológica que ha sido impulsada en gran medida por la reacción de varios grupos de subalternidad y que, aunque ya estaba presente desde los años treinta del pasado siglo con los primeros estudios de la Escuela de Chicago sobre la marginalidad, se consolidó en los años cincuenta y sesenta de ese mismo siglo, entre otros, por el impulso de estudios sobre la locura y la criminalidad (Menéndez, 2002:310).

Pero una aproximación desde el punto de vista de la actora, no es un enfoque individualista sino que implica una mirada de tipo relacional, es decir, no se trata de estudiar sujetos aislados, sino de entender cómo los diferentes agentes de un entorno intervienen entre ellos, afectando y dejándose afectar por la situación. Por tanto, la tarea de la investigadora pasa por describir y analizar qué posiciones son las que se sostienen en el campo de las relaciones sociales, qué diferencias y similitudes hay entre ellas, o qué relación guardan con el fenómeno estudiado, entre otras.

Para llevar a cabo esta propuesta, recurrí a la teoría fenomenológica, porque permite conocer los procesos de salud-enfermedad-atención desde la óptica de la experiencia. Así, el objetivo de esta etnografía es conocer el “*mundo vital*”²² de las personas que se han recuperado de una depresión, para de esa forma acceder también al “*yo de los demás*”, dado que somos en relación; habitamos el mundo intersubjetivo (Good, 2003:224-228).

Maurice Merleau-Ponty (1993[1945]), define lo corporal como el lugar de la experiencia; es a través del cuerpo que somos-en-el-mundo porque nuestra propia materialidad permite la información sensible necesaria para crear realidad. Es decir, como en toda teoría fenomenológica, este autor defiende lo subjetivo (frente a lo objetivo) como lugar de conocimiento, pero su aportación destaca por situar al sujeto como encarnado, y escapar así de las teorías mentalistas donde la conciencia intelectual era el lugar de la experiencia. Sin embargo, no se debe desligar lo social y lo político de lo fenomenológico, puesto que somos sujetos en ambientes culturalmente concretos que definen nuestras propias vivencias, de la misma forma que éstas generan también lo social (Good, 2003:234).

Esta aproximación fenomenológica es propia de la tradición interpretativa de los estudios antropológicos de la salud-enfermedad-atención, y tal como Byron Good (2003:113) señala:

Los estudios que restituyen la «corporeidad» (Csordas, 1990; Godo, 1990; Pandolfi, 1990) y la «fenomenología» de la experiencia de la enfermedad (Corin, 1990; Frank, 1986; Ots, 1990; Wikan, 1991; véanse también los estudios de casos concretos en Kleinman y Good, 1985; y M. Good y colaboradores, 1992) se han convertido en importantes medios para investigar la relación entre significado y experiencia como

²² Tal y como Byron Good (2003:225) señala: “el término «mundo» [...] pertenece a una larga lista de filósofos y científicos sociales fenomenológicamente orientados, desde Husserl, Merleau-Ponty y Sartre hasta Nelson Goodman; y de William James a Alfred Schutz y a varios sociólogos y antropólogos contemporáneos. Para Husserl, el «mundo vital», el *Lebenswelt*, es el mundo de nuestras experiencias vividas, comunes e inmediatas (véase Cocelmans, 1967)”.

fenómenos intersubjetivos.

Por tanto, la primera lente con la que mirar mi objeto/sujeto de estudios es la antropología psiquiátrica y el punto de vista de la actora. Además, se pretende una aproximación fenomenológica para poder comprender el mundo vital de las personas que han pasado por una depresión.

1. 4. 2. El feminismo en los análisis y como epistemología en investigación

La segunda de las características de esta investigación es la de ser feminista, y por varias razones. La primera de ellas tiene que ver con un enfoque de análisis centrado en las desigualdades de género, que se presentó como relevante e imprescindible desde los primeros acercamientos al tema de estudio, y que forma parte también de una historia compartida en la subdisciplina de antropología feminista. Y la segunda de las razones está directamente relacionada con una posición epistemológica determinada frente al trabajo de investigación, y que también se hace eco de lo planteado por las feministas dentro de la academia.

1. 4. 2. 1. Mirada feminista en los análisis

Como hemos visto en el anterior apartado sobre datos estadísticos, las mujeres son el doble de veces diagnosticadas de depresión, en relación a los hombres, tanto en la CAE como en Cataluña, en el Estado español y en Europa. Esta es la razón principal que me obligó a un análisis de las desigualdades de género cuando comencé a estudiar el fenómeno, y que me parece indiscutible.

Otro de los motivos se justifica por la cuestión de la reconfiguración identitaria. En esta investigación, como se verá más adelante en el capítulo sobre fenomenología, entiendo las depresiones como crisis vitales, y su posterior recuperación como un proceso que necesariamente cuestiona y transforma nuestras subjetividades. Y no podemos pensar todo esto al margen del género, porque como Butler (1997:70) señala:

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.²³

Así, estudiar las depresiones y los procesos de recuperación me obligó a un enfoque feminista, que tuviera en cuenta tanto los factores de género, como las desigualdades que

²³ Traducción propia, como todas las que aparece a lo largo de la tesis, y que pertenecen a textos publicados. Sin embargo, las citas de las personas que han participado en la investigación se mantendrán en el idioma original, con una traducción propia a pie de página.

esto re-produce. Pero ésta no es una investigación huérfana, sino que los trabajos sobre salud y género, o salud y feminismo, en la antropología del Estado español también cuentan con una genealogía destacada. Siguiendo algunas de las ideas señaladas por Esteban (2010), este ámbito de estudio dentro de la antropología médica aparece por primera vez en 1984 y 1986, con la publicación de dos artículos de María Jesús Buxó, de la Universitat de Barcelona, y poco después, durante los años noventa del siglo pasado, se comienzan a defender las primeras tesis doctorales y se gestan los primeros proyectos de investigación en equipo.

La relación entre salud y género, o salud y mujeres, dentro de la investigación académica están en auge (Castaño-López et al. 2006:706), y quizás surgen como una manera de combatir el sesgo de género que, como Carmen Valls-Llobet (2011:21-23) advierte, existe en la ciencia médica desde los inicios de esta disciplina, tanto en el ámbito de investigación como en la atención, y que provoca enormes desigualdades en la salud y calidad de vida de las mujeres, y yo añadiría que en general en todos los sujetos que no son hombres blancos y de clase media. Sin embargo, la atención que este ámbito de estudio ha tenido en las diferentes disciplinas académicas es bastante desigual, y la antropología no ha sido de las más prolíferas, tal y como advierte Esther Castaño-López et al. (2006), en una revisión que realizan de las publicaciones sobre mujeres, género y salud aparecidas en el Estado español entre los años 1990 y 2005. La siguiente tabla²⁴ muestra la producción de dichos estudios en distintas disciplinas académicas:

²⁴ Extraída de Castaño-López et al. (2006:710).

Tabla 8: Tema de estudio, disciplina, sexo de la primera autoría y enfoque de género de los estudios analizados por Castaño-López et al. (2006)

	N	%
Tema de estudio		
Cáncer	19	6,4
Salud sexual y reproductiva	98	39,2
Violencia contra las mujeres	15	5,0
Salud mental	37	12,4
Enfermedades de transmisión sexual	7	2,3
Trabajo productivo y reproductivo	24	8,1
Estilos de vida	13	4,4
Mujeres en las profesiones sanitarias	23	7,7
Morbilidad diferencial	25	8,4
Sesgos de género en la atención sociosanitaria	16	5,4
Otros	21	7,0
Disciplina		
Antropología	4	1,3
Enfermería	55	18,5
Medicina	110	36,9
Psicología	29	9,7
Salud Pública	91	30,5
Sociología	9	3,0
Sexo de la primera autoría		
Mujer	175	58,7
Varón	85	28,5
Perdidos	38	12,8
Enfoque de género		
Si	95	31,9
No	141	47,3
Perdidos	62	20,8
TOTAL	298	100

Por otro lado, y en cuanto a los temas mayoritarios de investigación dentro de la antropología, Esteban (2010:332) escribe:

Los campos de investigación en que la perspectiva feminista o los estudios de las mujeres están más consolidados en el Estado español son la salud reproductiva, los llamados trastornos del comportamiento alimentario, el uso de sustancias en mujeres, las llamadas mutilaciones genitales femeninas y los dispositivos de atención a la salud.

Es decir, los estudios sobre salud mental y género, dentro de la antropología, no han sido tan fructíferos, aunque se cuenta con ejemplos como la tesis de Casadó (2011) que incluye el análisis feminista en su investigación sobre jóvenes y autolesiones en el contexto catalán, la de Itxaso Martín Zapirain (2015) sobre mujer, locura y silencio, analizando la experiencia de mujeres ingresadas en manicomios durante el franquismo, o la de María Jesús Girona Magraner (2017), sobre los malestares de mujeres en relación a la menstruación, menopausia y trastornos alimentarios en la zona del Levante.

Así, con el texto que aquí presento, quisiera también formar parte de la historia de los estudios de salud y género que ha tenido un desarrollo destacado dentro de la antropología médica (Esteban, 2010), aunque escaso en publicaciones en relación a otras disciplinas. Y a la vez aportar temas de investigación que no han sido tan predominantes, como lo relacionado con la salud mental²⁵.

1. 4. 2. 2. Epistemología feminista en investigación

Como decía al principio de este apartado, la segunda razón por la que esta etnografía es nombrada como feminista tiene que ver con la forma en que, como investigadora y etnógrafa, me posiciono frente al quehacer en investigación. No pretendo hacer aquí una revisión de las diferentes teorías o paradigmas de la epistemologías feminista, pero sí quisiera nombrar alguna de las características que las definen, y que marcaron mi aproximación a las mismas²⁶.

La primera razón, y que además es algo compartido con otras epistemologías críticas, es que uno de los objetivos principales del feminismo es devolver la voz a los sujetos o colectivos no hegemónicos, subalternos, oprimidos o silenciados en muchas otras etnografías. En este caso, he intentado recoger las experiencias de personas que han vivido un proceso de depresión y recuperación, y no tanto la de profesionales que asisten o acompañan. Esto es importante si pensamos en que el modelo biomédico es proclive a ignorar lo que la persona protagonista desea o elige para su propio camino de recuperación. Algo que Valls-Llobet (2011:364) define como uno de los tipos de violencia que ocurren frecuentemente en la asistencia sanitaria del Estado español. Por tanto, como investigadora y como activista en el ámbito de la salud mental, siempre estuve firmemente convencida de hacer una etnografía centrada en las experiencias en primera persona, y escuchar esas voces olvidadas, escondidas o minusvaloradas.

²⁵ Es necesario destacar que, en otras disciplinas como la psicología o el psicoanálisis, sí que hay una mayor producción de estudios y textos sobre salud mental y género. Por ejemplo, puede verse Ane Baker Miller (1992), Carmen Sáez Buenaventura (1993), Emilce Dio Bleichmar (1993), Nora Levinton (2000), o Mabel Burin (2003) (Citadas en Esteban y Tavora, 2008).

²⁶ Mi relación con las epistemologías feministas en investigación sin duda está determinada por la cercanía profesional con diferentes integrantes del SIMReF-Seminario Interdisciplinar de Metodología de Investigación Feminista, algunas de ellas compañeras del Departamento de Filosofía de los valores y Antropología Social de la UPV/EHU y del Grupo de Investigación en Antropología Feminista-AFIT.

La segunda de las principales razones para adscribirme a una epistemología de tipo feminista es la de otorgar a la experiencia personal, recogida además por técnicas de tipo cualitativo, el mismo valor que se le otorga a la información proveniente de otras fuentes (cuantitativas, fuentes documentales, expertas en la materia, etc.). Es decir, romper con la sentencia de que la ciencia debe basarse en datos entendidos como objetivos porque en ellos reside la verdad, y defender que la única Verdad con mayúsculas es que existen miles de verdades, subjetivas aunque científicas; tantas como formas de abordar un mismo tema de estudio. Así, y como Mari Mies (1998:73) señala, “*el valor de la experiencia reside en tomar la vida real como punto de partida*” y supone poner en práctica la máxima feminista de que lo personal también es político. Algo que, por otro lado, describe muy bien lo que las etnógrafas hacemos, es decir, acceder, describir y analizar el cotidiano de las personas y los entornos que forman parte de nuestros campos de estudio.

Y el último de los principios de las epistemologías feministas que me cautivó es que dejan de negar la influencia de la investigadora en la propia investigación. Esto es, en lugar de obviar y ocultar las distintas formas en que también las investigadoras formamos parte del campo de estudio, proponen reconocerlas y hacer uso de ellas para los propios fines de la investigación. Algo que desde la etnografía puede parecer obvio puesto que, el *campo* -ese referente empírico sobre el que trabajamos- no es un territorio espacial concreto, sino que se refiere a un lugar compartido entre la investigadora y seres que conforman el sujeto/objeto de estudio. Es, al fin y al cabo, un campo que se compone de aquella porción de la realidad a la que tiene acceso la investigadora, y que ella misma va creando en su interacción cotidiana. Estar en el campo es estar en relación con las personas informantes y otros seres animados, los espacios y los objetos, los olores y los paisajes, etc. A este respecto, Gunther Dietz y Aurora Álvarez Veinguer (2014:60) señalan:

La etnografía construye una narración-interpretación a partir tanto de las narraciones de las situaciones vividas por las personas que investigan como por las situaciones vividas por los «sujetos investigados», por las vivencias comunes y compartidas que surgen necesariamente cuando ambos universos se entremezclen y combinan. La etnografía es «una descripción e interpretación de prácticas situadas» (Díaz de Rada 2010: 44). En pocas palabras, entendemos que la etnografía debería ser pensada como una cointerpretación, que nos permite construir sentido sobre lo que acontece en diversas situaciones y contextos relacionales -que no deben entenderse de forma limitada en términos espaciales- en las que múltiples actores están en mayor o menor medida inscritas y encarnadas.

Así, la influencia mutua entre investigadora y campo es constante, algo que abordaré con más detalle en el apartado sobre reflexividad, autoetnografía y trabajo de campo, del siguiente capítulo sobre metodología.

1. 4. 3. Razones (situadas) para la elección de una etnografía encarnada²⁷²⁸.

En cuanto al carácter corporal de la etnografía, y a partir del trabajo de Thomas Csordas (1994), Loïc Wacquant (2004), Esteban (2004a, 2004b, 2015) o Casadó (2011), entre otras/os, diría que es una investigación guiada por la metodología antropológica, donde la dimensión de lo corporal es central en todas las fases del proceso (desde el diseño del proyecto hasta la generación de ideas). Esto supone otros marcos epistemológicos, que devienen además en nuevos posicionamientos en el campo, como incluir todos los sentidos y experiencias perceptivas de la investigadora en la recogida y en el análisis de la información.

Como ya he comentado, en el momento de selección del tema de investigación lo único que tenía decidido a priori era que sería un proceso etnográfico ubicado en la antropología del cuerpo. Durante la búsqueda, se generó la idea de que casi cualquier fenómeno, situación o entramado cultural podría ser abordado desde la dimensión corporal de los sujetos, y que ésta se revelaba además como un lugar privilegiado para el estudio de lo estructural en relación con lo personal, lo individual o lo orgánico.

Sin embargo, con esto no estoy diciendo que siempre sea necesario estudiar esta dimensión en toda investigación etnográfica, pese a que está poco explotada y muchas veces ayudaría a encontrar nuevos elementos para el análisis. Pero sí creo que hay ciertos temas de investigación que obligan a ello, por la relevancia del ámbito de lo corporal en una mejor y más compleja comprensión del objeto/sujeto de estudio. Y esto fue lo que a mí me sucedió con la temática de la recuperación en depresiones, que me llevó a varias razones para la elección de una etnografía encarnada.

1. 4. 3. 1. Enfoques holísticos en el ámbito de la salud

El primer motivo para el enfoque desde lo corporal tiene que ver con la necesidad de una mirada holística de los procesos de salud-enfermedad-atención, y en concreto de las depresiones, 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. Esta labor es imprescindible si atendemos a que las narrativas hegemónicas sobre la depresión de hoy en día están basadas en ideas y conceptos de la neurociencia, “*relatos*

²⁷ Defino esta investigación como encarnada porque se ubica dentro del paradigma del *embodiment*, cuestión que explicaré en detalle más adelante. Sin embargo, creo importante aclarar que no toda etnografía corporal es encarnada, puesto que hay otros paradigmas de estudio etnográfico de lo corporal y/o emocional que son diferentes del adscrito en esta investigación.

²⁸ Parte del contenido que se presenta en este apartado ha sido publicado anteriormente en Zapata (2018b).

del self neuronal; relatos que privilegian las explicaciones en términos de disfunciones neuroquímicas y que intentan cortocircuitar, así, la conciencia de las fuentes sociales del sufrimiento” (Martínez-Hernández, 2014:4348).

Estas formas biomédicas actuales de entender la depresión, como una consecuencia de la bioquímica cerebral individual, obvian los factores culturales y ponen el foco en una única parte -fragmentada- del cuerpo, el cerebro, que además es la representación del intelecto. Así, se siguen reproduciendo y manteniendo algunos de los dualismos propios de la cultura occidental como el de mente-cuerpo, individuo-sociedad, o naturaleza-cultura, que impiden la mirada holística tan necesaria para entender la complejidad del fenómeno de la depresión.

Por esta razón, opté por un enfoque de estudio ubicado en el paradigma del *embodiment*. Este concepto, de uso común en la lengua inglesa²⁹, fue adaptado y aplicado a la antropología por autores como Csordas (1994), aunando las ideas de Pierre Bourdieu (2012) sobre el *habitus* y la fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty (1993 [1945]). Es decir, por un lado, se entiende lo corporal como agente de la praxis social, en tanto materialidad que la ejerce como lugar donde es inscrito lo sociocultural, pero a la vez, con las aportaciones de la teoría fenomenológica, se sitúa el “mundo vital” y la experiencia corporal del sujeto como lugares de conocimiento, de identidad y de personificación.

Desde este paradigma no sólo hay una aproximación al ámbito de lo corporal desde los estudios de la salud, sino que, a mi parecer, supera las anteriores conceptualizaciones del cuerpo como un objeto de la cultura, y comienza a entenderlo como el sujeto de la misma. Esto quiere decir estudiar la materialidad, ya no como algo que sólo es símbolo, texto o representación de lo cultural, es decir, como el producto creado, sino que es el sujeto *encarnado*^{30,31} el productor mismo de lo cultural (Csordas, 1994). Cuestión que permite incluir, por una extensión de este cambio epistemológico, la experiencia sensible de los sujetos (ya nunca más objetos), así como sus vivencias y percepciones.

Tal y como Esteban (2004:21) señala:

Con la noción de embodiment se quiere superar la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo, para hablar de lo corporal como auténtico campo de la cultura, como «proceso material de interacción social» (ibid.), y subrayar su dimensión potencial,

²⁹ Como traducir al castellano este término es un debate teórico actual. Para una revisión de los diferentes términos empleados y sus ventajas e inconvenientes, ver González-Abrisketa y García-Grados (2018).

³⁰ Podría parecer que cuando hablamos de cuerpos desde la perspectiva del *embodiment*, o cuando decimos sujetos encarnados, volvemos a un dualismo al remarcar la noción de cuerpo. Sin embargo, creo que es una forma de enfatizar la cualidad material de las personas y un intento de romper con la preponderancia de lo racional y la invisibilización que existe del componente sensible y experiencial de individuos y colectivos en muchos trabajos de investigación.

³¹ Soy consciente de que no sólo las personas somos corporalidad, también lo son otros seres animados o inanimados, e igualmente son agentes y capaces de transformar su entorno, ideas que han defendido autoras/es como Bruno Latour (2000), y que han sido tenidas en cuenta en esta investigación. Sin embargo, y por varias razones -entre ellas el espacio-, esta cuestión será poco abordada en el presente texto.

intencional, intersubjetiva, activa y relacional. El cuerpo es, así, considerado «un agente y un lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico como social; asimismo, el cuerpo es visto como un ser biológico pero también como una entidad consciente, experiencial, actuante e interpretadora (...) La dimensión interactiva de la agencia adquiere un significado más amplio cuando el actor social es entendido como un agente encarnado» (Lyon y Barbalet, 1994, pp. 55, 63).

Además, a partir de mi propia experiencia como persona que (quizás)³² ha pasado una depresión y como activista en colectivos relacionados con la salud mental, tenía el conocimiento de que la mayor parte, sino toda, la fenomenología de las depresiones se ubica en el terreno de lo sensitivo, lo emocional o lo físico. Es decir, el malestar sufrido o provocado por las situaciones que las personas viven se expresa mayormente en el ámbito de lo emocional y lo corporal, tal y como se presentará en el capítulo sobre fenomenologías. Sólo los pensamientos recurrentes y negativos, que *“te llevan a un pozo negro del que no puedes salir”*³³, podrían entenderse en algunos análisis como fuera de esta dimensión de lo corporal, pero lo cierto es que, y atendiendo a la mirada holística, pensamos con/en/desde el cuerpo, porque en la realidad no hay una división entre ambas cuestiones; el sujeto es un todo.

1. 4. 3. 2. Identidad y agencia

La segunda razón por la que apareció como necesario el abordaje etnográfico de y desde³⁴ lo corporal, tiene que ver con el ámbito de la identidad. Como veremos con más detalle en el capítulo sobre la recuperación, todo proceso de depresión supone una cierta reconfiguración identitaria. Es decir, estos momentos de intenso sufrimiento se convierten en hitos³⁵ de nuestra biografía (individual y colectiva), creando un antes y un después en nuestros relatos, porque la experiencia corporal es central en nuestra memoria y es la base de nuestra subjetividad (Connell, 2015:85)³⁶.

Por esta razón, analizar la cuestión identitaria desde lo corporal parece inevitable, si entendemos la identidad como un proceso de construcción constante que abarca toda la vida 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, y por tanto, es algo mutable, cambiante y en continuo tránsito.

³² En el capítulo sobre metodologías me referiré a esta experiencia.

³³ Las referencias a los relatos de las personas participantes se marcarán siempre con el código de la fuente, en él que aparecerá el nombre ficticio, la provincia de residencia actual, y la edad en el momento de la primera entrevista. Por ejemplo, y en este caso concreto: Rocío (Gipuzkoa, 58). Para una descripción más detallada de cada una de las personas que ha colaborado en esta investigación, se puede ver el capítulo sobre metodologías.

³⁴ Preposiciones con las que ubico mi mirada de lo corporal en esta investigación.

³⁵ Recupero aquí la noción de hito de Teresa del Valle (1999), que los define como momentos de la vida que por la magnitud de las consecuencias que tuvieron, se convierten en marcas para la memoria, y por tanto, en activadores del propio relato biográfico.

³⁶ Sobre esta relación entre memoria, identidad y cuerpo, consultar Lorena Ruiz Marcos (2015).

Esta aproximación sobre la identidad 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. Más tarde, tal y como se vio en el apartado sobre etnografía feminista, Butler (1997) amplió esta línea de pensamiento al ámbito del género.

Por otro lado, esta idea de la identidad como producto de las prácticas, es una noción relacional. Annemarie Mol y Jonh Law (2004) proponen entender todo proceso de salud-enfermedad-atención como un conjunto de prácticas actuadas, tanto por parte de las personas enfermas como de sus entornos -médicos, familiares, amistades, etc.- Estas autoras, que realizan un análisis de la hipoglucemia desde el paradigma del *embodiment*, proponen una noción de lo corporal como sujeto que está vivo, que siente, que está repleto de privacidad y que puede ser conocido a través del lenguaje. Así, intentan confrontar la mirada clínica de la biomedicina moderna, propia de nuestras culturas occidentales, donde las enfermedades (y en general lo corporal) son entendidas como conjuntos de signos observables por las y los profesionales, y donde el cuerpo es un objeto al que mirar, y por tanto, un cuerpo “muerto” y expuesto a lo público (ibídem).

En concreto, Law y Mol (2014) define lo corporal como actuante, enactuado, y múltiple³⁷. Por cuerpo actuante se refieren a la cantidad de prácticas que el cuerpo hace, y que en la depresión podrían entenderse así cuando aparecen las taquicardias, el no sentir o emocionarse ante cosas que antes si emocionaban, llorar o sentir tristeza, etc. Por enactuado se refieren a aquellas prácticas actuadas por el entorno o por el propio sujeto, que ya conllevan una cierta carga de interpretación o de manipulación del mismo cuerpo. Por ejemplo, en las depresiones sería: sentimientos de culpa por no tener ganas de levantarse de la cama, que las otras personas de tu entorno te digan que “estás *desaliñada*”³⁸ cuando no te peinas o no te duchas, la batería de preguntas médico-psiquiátricas que determinarán si una persona está pasando por una depresión o no, etc. Y por cuerpo múltiple, se refieren a la idea de que no hay un sólo cuerpo hipoglucémico, ni depresivo, ni que esté recuperándose de la depresión. Un cuerpo que es múltiple por la cantidad de experiencias entre las personas que sufren esa enfermedad, pero también entre los contextos y entornos que las acompañan, e incluso las diferencias en una misma persona dependiendo de los momentos y las situaciones. Por tanto, lo corporal excede a la propia materialidad, y también (se) construye fuera de ella.

³⁷ Traducción propia del original: *bodis act, enacted bodies, and multiple bodies* (Law y Mol, 2014).

³⁸ Inma (Bizkaia, 62).

También hay que tener en cuenta, que estas prácticas por las que el sujeto encarnado relacional afecta y es afectado, son acciones en interacción con otros seres -otros cuerpos- y con símbolos sociales, cuestión que las dota de significado social, tal y como señala Raewyn Connell (2015). Pero una corporalidad que, aunque no solo es materialidad, sí que está condicionada por la misma, porque *“los cuerpos no pueden comprenderse como medios neutros de la práctica social. Su misma materialidad es importante. Harán ciertas cosas y otras no”* (2015:92).

Connell (2015:99) define la práctica humana como ontoformativa, en cuanto que produce y moldea la realidad en la que vivimos y lo que somos. Es decir, mediante las prácticas, las interacciones y los símbolos sociales asociados, tal y como Law y Mol (2014) señalaban en cuanto a los procesos de salud-enfermedad-atención, se va creando la realidad social, que es, por tanto, dinámica y cambiante. Así, lo corporal está generado por las prácticas sociales y a la inversa, y por tanto, el dualismo individuo-sociedad pierde sentido.

Así, podemos entender al sujeto encarnado relacional como un *cuerpo agente* (Esteban, 2004a:62-63), en cuanto que las prácticas que acciona o enactúa son procesos de agencia en interacción con las/los otras/os y/o con el mundo que nos rodea. El concepto de agencia ha sido desarrollado por varias/os autoras/es, entre ellas Sherry Ortner (2006:5), que lo define como la capacidad de las personas de interactuar con sus contextos históricos y situaciones concretas a partir de actuaciones dirigidas hacia una meta de transformación sociocultural y/o contextual, y que no siempre tienen por qué ser conscientes o intencionadas. Una noción de agencia que ha sido revisada por otras autoras, como Saba Mahmood (2011), que advierte que las ideas desarrolladas por la teoría de la práctica occidental mantienen concepciones muy individualistas del sujeto, condicionadas por las ideologías culturales a las que pertenecen. Por el contrario, esta autora, que se define como feminista islámica, defiende una noción de agencia mucho más relacional, con una base ontológica situada en lo colectivo. Por un lado, propone la autorrealización, como objetivo principal de los procesos de agencia -en cuanto que el sujeto encarnado se configura a partir de prácticas- no debe de asociarse a la idea de autonomía individual, al menos no para todos los contextos socioculturales. Y por otra parte, señala que la agencia es una capacidad de acción que surge como resistencia ante las estructuras de dominación y opresión. Sin embargo, Mahmood (ibídem:15) emplea una noción de resistencia que no quiere ser romántica, en cuanto que las prácticas de resistencia siempre están determinadas por las mismas relaciones de poder a las que se enfrenta³⁹, y que podría ser entendida como actos que intentan inhabilitar normas y acciones que están poniendo en juego la propia realización de los sujetos.

³⁹ Idea que toma prestada de Lila Abu-Lughod (1990).

1. 4. 3. 3. La centralidad del afecto⁴⁰ en la experiencia de depresión

Una tercera razón para emprender una etnografía corporal está relacionada con el ámbito de lo afectivo, que es un elemento muy presente tanto en la fenomenología de las depresiones, como en el significado sociocultural que se le otorga a este proceso de salud-enfermedad-atención.

Primero de todo, quisiera tener en cuenta el planteamiento de Jo Labanyi (2014)⁴¹ sobre los diferentes términos en relación a lo afectivo. Esta autora describe la relación entre *affect*, *feeling*, *emotion*, como una secuencia con diferentes etapas:

El «affect» [afecto]⁴² es el impacto preconsciente del mundo exterior sobre nuestras sensaciones, a nivel corporal. Entonces, el «affect» es una respuesta física inmediata a nuestro entorno, anterior al pensamiento, que después de algunos segundos se traduce en un «feeling» [sentimiento]⁴³ consciente, que es una mezcla de sensación y evaluación, es decir, una mezcla de sensación y pensamiento. Luego, el «feeling» se traduce en «emotion» [emoción]⁴⁴, que pone un nombre al «feeling» anterior – miedo, vergüenza, etc. O sea, la «emotion» es una evaluación consciente de nuestra situación respecto al elemento externo que nos ha «afectado», ya desligada de la sensación corporal original. Entonces, la «emotion» es un tipo de pensamiento, producido por el contacto con el mundo. Esta definición de la «emotion», vista como la última etapa de una secuencia que empieza con el «affect», es todo lo contrario de la «emoción» romántica que emana de nuestro interior, puesto que es nuestra manera de dar sentido al impacto sobre nosotros de un factor externo.

Sin embargo, creo que esta aportación de Labanyi no hay que entenderla de forma lineal, o al menos no siempre. Es decir, en una misma situación el sujeto encarnado puede estar afectado y emocionado a la vez de diferentes formas y por diferentes cosas, y no siempre una afectación es seguida de una emoción. De forma que, siguiendo a Sara Ahmed (2015), diríamos que todas las fases de esta secuencia se deben a normas y patrones culturales aprendidos y su división solo es posible de forma analítica, y quizás no sea recomendable dividir las o explicarlas de forma separada. Por lo tanto, en esta investigación, cuando emplee de forma diferenciada estas tres nociones (afectos, emociones o sentimientos) será por un motivo justificado y se avisará a la lectora de forma explícita.

⁴⁰ Entiendo lo afectivo como un componente más de lo corporal, pese a que tienen características propias.

⁴¹ Labanyi J. Entrevista a Jo Labanyi. Blog Emocríticas [Internet]. Extraído de: <https://emocriticas.wordpress.com/2014/11/09/entrevista-a-jo-labanyi/> [Consulta: 03/10/2018]

⁴² Traducción propia. La palabra afecto en castellano es polisémica (amor o cariño, producir daño o enfermedad, fingir, etc.). En este caso la empleo haciendo uso de la acepción que tienen que ver con la influencia de unos cuerpos sobre otros.

⁴³ Traducción propia.

⁴⁴ Traducción propia.

Por otro lado, es fundamental señalar que en lo afectivo se da la unión entre lo individual con lo colectivo (Francis, 2006:54), así como tener en cuenta su dimensión corporal, o como diría Michelle Z. Rosaldo (1984), la emoción es un *pensamiento encarnado* que inunda a la persona en su totalidad. En este sentido, Lynda Francis (2006) señala que estudiar los procesos de salud-enfermedad-atención desde el prisma de lo emocional (o afectivo) ayuda a romper los dualismos entre lo social y lo biológico, porque podremos contemplar estos dos ámbitos, a priori separados, como parte de un mismo. Así, dice la autora, es imprescindible llevar a cabo investigaciones encarnadas desde las diferentes disciplinas, que ayuden a eliminar visiones positivistas sobre lo corporal en general, y sobre la salud en particular.

En esta misma línea, López (2016:522), en relación a los estudios etnográficos sobre salud mental, comenta:

La antropología de las emociones (Rosaldo, 1980; Lutz, 1986; Lutz 1989; Lut y Abu-Lughod, 1990; Le Breton, 1999) interpela el carácter biológico y universal de las emociones provenientes de los discursos psi. La antropología de las emociones en particular, y los estudios de las emociones desde perspectivas socioculturales en general, cuestionan el reduccionismo psíquico en la concepción de las emociones al considerarlas únicamente como parte de los aspectos cognitivos e individuales, por lo tanto universales. En cambio, resaltan la variabilidad cultural en el sentido de la expresión y sus significados para referir su fuerte vinculación con la cultura.

Por tanto, lo afectivo está directamente vinculado al contextos sociocultural de pertenencia, y se convierte en un elemento imprescindible para desarrollar etnografías sobre la llamada salud “mental”⁴⁵. Pero, además, también ayuda a entender los procesos de construcción de género, dado que lo afectivo siempre se ha nombrado como lo irracional, y por tanto, como aquello que no es civilizado, y que queda del lado de lo salvaje. El mismo lugar donde se incluye lo femenino. Así, en la construcción histórica del sujeto mujer, lo emocional ha tenido un protagonismo especial; siempre contrario a la razón que se ubica en el lugar de lo masculino (López, 2016:524). De esta forma, seguir investigando sobre la construcción sociocultural de lo emocional, se convierte también en una empresa feminista.

⁴⁵ Francis (2006:54) cuestiona el apelativo de “mental” y propone, al hilo de la argumentación sobre la importancia de lo afectivo en estos procesos de salud-enfermedad-atención, llamarla “*salud emocional*”.

CAPÍTULO 2

EL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO: LOS ENTRESIJOS Y LAS ENTRAÑAS DE ESTA INVESTIGACIÓN

La reflexividad inherente al trabajo de campo es el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente -sentido común, teoría, modelos explicativos- y la de los actores o sujetos/objetos de investigación. Es esto, precisamente, lo que advierte Peirano cuando dice que el conocimiento se revela no "al" investigador sino "en" el investigador, debiendo comparecer en el campo, debiendo reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva. Por eso el trabajo de campo es largo y suele equipararse a una "resocialización" llena de contratiempos, destiempos y pérdidas de tiempo. Tal es la metáfora del pasaje de un menor, un aprendiz, un inexperto, al lugar de adulto... en términos nativos (Adler & Adler 1987; Agar 1980; Hatfield 1973).

(Guber, 2001:21)

En este capítulo presento mi proceso de investigación, porque desvelar cómo se investiga es tan importante como presentar los resultados que se obtienen, es decir, comunicar y compartir la forma en que hemos adquirido la información y el conocimiento nos permite conocer la fiabilidad y la consistencia de cualquier trabajo. Por eso, en este capítulo realizo un recorrido por mi propio proceso etnográfico, intentando sacar a la luz los entresijos y las vísceras: aquello que no siempre se nombra, que queda escondido en el interior, pero que, sin embargo, son los órganos y los tejidos imprescindibles para la vida de una investigación.

Esta idea de estar atentas a la forma en que investigamos es el resultado de nuestra reflexividad como investigadoras. Rosana Guber (2001:19) señala que existen tres dimensiones de la misma en una etnografía. La primera es la de la investigadora como miembro de un grupo sociocultural concreto, y está relacionada con nuestros roles e identidades (género, edad, etnia, clase, etc.). La segunda dimensión de la reflexividad es la que ejerce la etnógrafa pero en relación a su rol y tareas como investigadora. Y la tercera es la que ejercen las personas que participan en nuestras investigaciones. Así, durante todo mi proceso de investigación intenté poner en práctica las dos primeras y tener en cuenta la tercera, en todas las tareas y fases del proceso etnográfico, con el propósito de aprender de mis propias contradicciones y de todas aquellas situaciones incómodas que iba confrontar como investigadora.

Pese a que, durante la escritura de la tesis, y en general en todas las fases de la investigación, he pretendido mantener esta actitud reflexiva, este capítulo es un homenaje a la misma. En las próximas páginas, presentaré de forma organizada muchos de los procedimientos y técnicas que he empleado para cada momento de esta etnografía, además de dilemas éticos o cuestionamientos del propio quehacer etnográfico, desnudando mi trayectoria como investigadora, y ofreciéndola así al escrutinio propio y ajeno.

En el primer apartado realizaré un repaso por las técnicas y métodos empleados para la recogida de información (entrevistas, conversaciones, y observación-percepción participante), así como una breve descripción de cómo las prácticas corporales han sido un elemento central, tanto metodológico como de análisis.

El segundo apartado es una descripción del campo donde desarrollo esta investigación, compuesto por personas y contextos muy diversos, que describiré brevemente, así como las razones por las que decidí acotarlo a esas realidades.

El tercer apartado de este capítulo es una presentación del procedimiento empleado para el análisis de la información obtenida durante el trabajo de campo, una tarea que no siempre se hace explícita, pero que sin embargo es de las más complejas en investigación. Aunque no menos que la escritura, de lo que trataré en el cuarto apartado, cuando relato mi experiencia como autora de un texto etnográfico.

Para terminar, y en quinto lugar, me referiré la implicación y el lugar del componente autoetnográfico a lo largo de toda la investigación, así como la revisión de un texto de Jeanne Favret-Saada (1990), aplicado a mi propio trabajo de campo, y que supone un hito en mi memoria como etnógrafa y como investigadora.

2. 1. Técnicas y procedimientos para la recogida de información

Para poner en marcha una etnografía corporal, feminista, y que trata de estudiar los procesos de recuperación en depresiones, me he servido de varias técnicas y métodos de investigación. Lo que ahora presento son las técnicas y métodos que empleé para la recogida de información, principalmente entrevistas semiestructuradas y observaciones-percepciones participantes, además de un análisis de la importancia de las prácticas corporales como unidades para el análisis y como elementos metodológicos.

2. 1. 1. Entrevistas y conversaciones informales

La primera de las técnicas empleada fueron las entrevistas semiestructuradas. He realizado veinticinco entrevistas con un total de veinte personas, todas ellas grabadas en audio, tras obtener el consentimiento informado de las personas entrevistadas, y posteriormente transcritas con ayuda del programa F4⁴⁶. Las primeras entrevistas que realicé fueron encuentros en los que las personas entrevistadas narraban su proceso en profundidad, la mayoría de las veces de forma cronológica y con cierta libertad en la primera parte, y después fuimos centrándonos en temas más concretos de su vivencia, ya fuera de una manera casual o porque yo, como entrevistadora, iba haciendo preguntas concretas. Durante las mismas, tenía un guión (ver Anexo I) que servía de orientación, o al menos como recordatorio de aquellos temas que me parecía importante tratar. Sin embargo, muchas veces la entrevista “tenía vida propia”, surgiendo temas imprevistos o cobrando mucha relevancia otros que, a priori, yo no entendía como tan importantes. Y algunas veces, al terminar las entrevistas, me quedaba con una sensación de que el encuentro había sido fallido o poco provechoso para la investigación, pero cuando llegaba a casa y repasaba el audio, aparecían gratas sorpresas que durante la situación no había conseguido percibir.

La segunda ronda de entrevistas, que estaban orientadas a explorar temas concretos, no las realicé con todas las personas. Tras las primeras revisiones de la información empírica noté ciertos vacíos en algunos temas, bien porque no los había previsto, o bien porque aún previstos, no les había otorgado la suficiente importancia y por tanto, apenas tenía información sobre ellos. Por ejemplo, el tema de la autolesiones o intentos de suicidio, que al comienzo de la investigación pensé que sólo aparecería de forma anecdótica, resultó ser un tipo de fenomenología frecuente, sobre todo entre los hombres entrevistados. Esta situación propició la propuesta de una segunda entrevista con Andrea, uno de los informantes, sobre este tema en concreto, y que sirvió para esclarecer algunas cuestiones que habían pasado desapercibidas. Además, también realicé una entrevista de seguimiento

⁴⁶ Todas las entrevistas fueron transcritas por la propia investigadora, salvo aquellas que se desarrollaron en catalán, para lo que se contrató a una persona catalanohablante con el objetivo de asegurar una correcta escritura de la lengua.

de cambios con Rocío⁴⁷, Andrea⁴⁸ e Iryna⁴⁹, que habían sido entrevistadas por primera vez en 2014 (durante la realización del TFM)⁵⁰, y también con Josep⁵¹, que había sufrido grandes cambios vitales un año después de la primera entrevista.

En relación a los aspectos más técnicos en la realización de las entrevistas, una cuestión que desde el principio dio problemas o que resultó conflictiva fue la propia vivencia del género. Yo quería ser lo más respetuosa posible, y cuando surgía ese tema, siempre intentaba no dar por sentado la identidad de género de mi interlocutora, así que preguntaba cómo se identificaba ella misma: “¿te identificas como mujer?, ¿como hombre?, ¿o con qué categoría de género te identificas?” eran algunas de las preguntas que utilicé. Esto, en todos los casos (salvo en una persona que entonces estaba cuestionándose su propia identidad de género) provocó sorpresa, contrariedad, incluso, en algunos casos cierta desconfianza y en general una no comprensión del porqué de esta pregunta “¿no era obvio que ella era mujer o que él era un hombre?”. Algo que nos alerta de la ideología y prácticas binarias con las que vivimos y que sostenemos, muchas veces sin consciencia de ello, pero además, también nos advierte como investigadoras de la necesidad de adaptar nuestros discursos o formas de comunicación al contexto en el que nos situamos para no generar situaciones “extrañas” que hagan sentir incómodas a nuestras colaboradoras. Finalmente, fue una situación que conseguí resolver con algo de humor, o en algunos casos obviando la pregunta y dando por sentado aquello que me parecía, asumiendo que si no encajaba con la realidad mi interlocutora me lo haría saber.

Otra de las cuestiones, también en relación al tema del género durante las entrevistas, aparecía cuando preguntaba “¿tu ser mujer/hombre ha variado durante el proceso de recuperación?”. Una pregunta que exigía una reflexividad previa de la persona sobre este aspecto, y que muchas veces no se tenía, contestando con discursos quizás más estereotipados. Por ejemplo, la respuesta de Iban o la de Andreu a esta pregunta fueron las siguientes:

Iban (Gipuzkoa, 48): *Más empático, esto te hace más empático, más sensible, más... es que yo no sé si eso es como hombre o como persona, no sé. ¿A ti que te parece? ¡Ah no! que tú haces las preguntas. No sé si es como hombre o como persona. Te hace más empático, más empático a lo que le pasa a los demás, a como están, si es masculino o femenino, no lo sé. Yo en eso en eso me noto que ha habido cambio, en estar más [gesto con las manos hacía dentro] y menos lucimiento personal.*

⁴⁷ Bizkaia, 58.

⁴⁸ Barcelona, 40.

⁴⁹ Barcelona, 31.

⁵⁰ Rocío, Andrea e Iryna fueron personas que entrevisté por primera vez durante mi TFM. Para conocer más en detalle a cada una de las personas que han participado en esta investigación, ver el apartado de este capítulo relativo a las características del campo.

⁵¹ Lleida, 64.

Andreu (Girona, 43): *No hi he pensat mai, no crec... [pensando]. O potser... el tema de la parella o tenir fills, jo he tingut sempre clar que no vull fills. Val? I ja està. Vull dir... en canvi en una dona, potser... es pot relacionar.*⁵²⁵³

Pero es muy notable que hay grandes diferencias entre las personas entrevistadas en relación a la reflexividad previa sobre este tema. Las dos mujeres que se autodenominan feministas y la persona que en el momento de la entrevista se situó en una identidad de género en transición son las que sostienen y ofrecen una reflexión más profunda y argumentada sobre su vivencia del género, y la relación que esto mantiene con su proceso de recuperación. Pero en general, el total de mujeres, se autodenominen o no feministas, muestran siempre una reflexión previa sobre este tema. Esto contrasta con el resto de relatos de hombres que, salvo Andrea que desde el principio señaló que está en conflicto con su masculinidad, cuando yo lanzaba esta pregunta siempre se creaba un momento de incomodidad, bien por un cierto recelo, bien por una extrañeza extrema, tal y como acabamos de ver.

Esta idea, que ya Esteban (2004a) apuntó, nos advierte de cómo la propia reflexividad sobre nuestros itinerarios de género e itinerarios corporales en general, está condicionada por una vivencia conflictiva con los mismos. Es decir, tener que enfrentarnos cotidianamente a cuestionamientos propios y ajenos sobre la identidad de género que asumimos o que performamos, nos hace estar mucho más pendiente de ella. También, que ésta suponga una desventaja social provoca que sea un tema sobre el que reflexionar y que prestemos más atención a este tema, que otras personas que sostienen identidades de género más hegemónicas o que ostentan situaciones de prestigio por las mismas. El testimonio de Itziar, que se presentó como feminista durante la primera entrevista, cuando le pregunté sobre el cambio en su vivencia de género, es esclarecedor en este sentido:

Mmm... a ver, hay algunas cosas que... yo no sé si, a ver... El ser mujer, sí, yo me siento mujer... yo me siento mujer, en mi identidad ¿no?... no ha habido ningún cambio, en ese sentido. O sea, este proceso me ha ayudado a... a pensar en mi identidad... Yo creo que mi ser, al final, desde que naces estás creando, o sea te estás creando, ¿no? Yo creo que he analizado más en qué tendencias tengo, cómo actúo en ciertas situaciones, desde pequeña, la educación que he recibido, qué me ha influido mucho, qué me ha influido menos, a qué le he dado importancia, a qué no, por qué me quedo con las cosas malas y con las cosas buenas ni me las... o sea ni me acuerdo de las cosas que me dicen, por ejemplo, y siempre me quedo con las malas. O sea, es más eso. Claro, el feminismo me ha ayudado mogollón. Porque... al

⁵² *No lo he pensado nunca, no creo... [pensando]. O puede ser... el tema de la pareja o tener hijos, yo siempre he tenido claro que no quiero hijos, ¿vale? Y ya está. Quiero decir... en cambio una mujer, puede ser... que se pueda relacionar.*

⁵³ Las citas literales de las personas participantes en la investigación se han mantenido en el texto con el idioma original, y ofreceré una traducción propia en una nota a pie de página.

final es un conflicto que tienes contigo misma. El feminismo me ha ayudado a teorizar, a... a buscar herramientas, a compartir, a hablar, a tener espacios seguros, o sea me ha dado muchísimas cosas. Entonces, yo creo que en este proceso me ha ayudado mucho. O sea, claro, sería muy diferente ponerme mala, o sea o tener este bajón gigante, en una oficina de hacienda, o siendo liberada de XXX⁵⁴. O sea, para mí, yo creo que sería súper diferente el proceso. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Por último, siempre he creído necesario señalar que la información que recogemos en las etnografías sobre los discursos de las personas que forman parte de nuestros campos de estudio, no es sólo a través de las entrevistas. Como Francisco Ferrándiz (2011) señala, existe una línea continua entre las entrevistas formales y las conversaciones informales durante el trabajo de campo, y en medio hay multitud de situaciones diversas. Así, durante los acompañamientos que realicé junto a las personas que previamente había entrevistado de una manera más formal y planificada, fueron surgiendo multitud de conversaciones improvisadas, o en algunos casos provocadas para explorar ciertos temas, que aportaron una gran cantidad de información. Por tanto, estar en el campo, no sólo nos permite contrastar con otras técnicas la información que hemos recogido durante las entrevistas, sino que además ofrece la oportunidad de seguir conversando con las personas, indagando así de otras formas en los discursos que se sostienen.

De igual manera, también he mantenido muchas conversaciones con multitud de personas que no formarían expresamente parte del campo, pero que han contribuido de una u otra manera con su relato. En los últimos cuatro años, cada vez que contaba a qué me dedicaba y cuál era mi tema de estudio, era muy frecuente que alguna de mis interlocutoras contara su propia experiencia de recuperación y/o la de alguna persona cercana. Puedo decir que la gente tiene ganas de hablar y de contar una vivencia que, en muchos casos, ha sido dolorosa e intensa, y no importaba si éramos completas desconocidas, o si donde estábamos era un espacio informal o no: podía suceder al final de un concierto de rock o tomando un café después de unas jornadas en la universidad. Toda esta generosidad también engrosó mi cuaderno de notas. Y aunque no hice un registro minucioso, sí puedo asegurar que todos estos encuentros fortuitos han sido fuentes de información para esta etnografía.

⁵⁴ Se refiere a un colectivo feminista al que pertenece. Omito el nombre del mismo con el objetivo de salvaguardar el anonimato de la persona colaboradora.

2. 1. 2. *Estar ahí y la observación-percepción participante*

Bronislaw Malinowski (2001⁵⁵) fue el primero en señalar la importancia de *estar ahí*, habitar el campo, de un modo crítico con otros muchos estudios contemporáneos de este autor que, como los de Franz Boas, se desarrollaban desde un despacho a miles de kilómetros, y en los únicamente que se revisaba la información recogida por otras personas y con otros objetivos distintos a los de la propia investigación.

Malinowski (2001:36) afirmaba que para recoger los “*imponderables de la vida cotidiana y el comportamiento típico*”, la investigadora debía estar cerca de la gente, observar y registrar al detalle las rutinas, y los “*imponderables*” eran “*la sangre y la carne*” de la cultura, es decir, aquello que configura la materialidad y vida de esa cultura⁵⁶. Así fue como este autor dictaminaba la característica definitoria del trabajo etnográfico.

Y en ese *estar ahí*, la observación participante y su posterior registro en los cuadernos de notas, se han erigido en las técnicas principales para la recogida de información durante la estancia y presencia en el campo. Sin embargo, hablar de observación nos indica que la acción principal de la etnógrafa es mirar, y autoras como Sara Pink (2009:65) proponen renombrar nuestra acción en el campo como “*percepción participante*” (*participant sensing*) porque hacer etnografía es captar el total de la sensorialidad de las culturas, y no sólo lo que es visto⁵⁷. Esta preponderancia que en antropología ha mantenido el sentido de la vista, esconde una relación de fuerzas, como señala Carlos García-Grados (2017:130):

El modelo sensorial occidental manifestado por la antropología de los sentidos, desde una perspectiva de género y étnica, revela un orden simbólico en el que la vista es una metáfora de la superioridad de la cosmovisión de la cultura occidental frente a otras culturas y, al mismo tiempo, de la superioridad de la masculinidad frente a la feminidad. Si bien la noble vista es metáfora de los hombres, de la razón, del progreso, de la ciencia y la civilización, las mujeres caen del lado de lo irracional, de lo pasional, de lo exótico y de lo salvaje en su asociación con el resto de dominios sensoriales.

Así, en un intento de hacer un tipo de etnografía que problematice las formas etnocéntricas de hacer investigación, y además que ponga en práctica las bases de las epistemologías feministas, me pareció más que oportuno comenzar a entender mi presencia y recogida de información en las estancias de campo como percepciones participantes. Una cuestión que también se mostró como ineludible al realizar una etnografía corporal y encarnada, donde

⁵⁵ La referencia bibliográfica que he empleado es una traducción del original publicado en 1922 por primera vez.

⁵⁶ Soy consciente de que Malinowski, cuando hablaba de la “*sangre y la carne*” de la cultura no se refería estrictamente a la materialidad de la misma, y seguramente pretendió hacer una metáfora con la religión cristiana. Sin embargo, me permito recoger sus palabras y dotarlas de nuevo significado para esta etnografía, y para el total de etnografías encarnadas.

⁵⁷ Agradezco a Carlos García-Grados haber llamado mi atención sobre este asunto, de manera informal en algunas conversaciones mantenidas, y también a través de la lectura de alguna de sus publicaciones (García-Grados, 2016 y 2017).

recoger sólo la información de uno de nuestros sentidos no abarcaba la totalidad de la experiencia sensorial.

¿Pero cómo realizar una percepción participante? Hay muchos manuales sobre el quehacer etnográfico que aconsejan estrategias para observar en detalle mientras se está en el campo, y que dan pautas sobre cómo registrar esa información “vista”, y en muchos casos también “oída”. Pero para percibir otras sensorialidades y luego registrarlas, apenas encontré bibliografía. Así que pregunté a otras colegas⁵⁸ que ya habían puesto en práctica este tipo de técnica para la recogida de información, y entre su experiencia y la que yo fui viviendo en primera persona, he creado mi propia manera de estar en el campo desde la percepción participante.

Una de las estrategias que empleé fue elaborar unos guiones de percepción participante. Estas guías me servían como apoyo para recordar la información tras los acompañamientos, y a no olvidar temas de interés mientras redactaba los diarios de campo. En estos guiones, incluí preguntas que hacían referencia a otros sentidos que no sólo eran la vista. Por ejemplo, algunas de estas preguntas eran: ¿Qué olor tiene el lugar y las personas? ¿Qué sensaciones tuve como investigadora al entrar y al salir del campo? O cuando hubo en algún momento contacto físico (piel con piel, miradas, besos, etc.) de la persona con otros cuerpos del campo ¿cómo fueron?

De esta forma, pretendía evitar el visiocentrismo del que García-Grados (2017) nos avisa, y estar siempre dispuesta a percibir y recoger información tanto del resto de sentidos (oído, gusto, olfato y tacto), como de otras sensaciones, emociones o afectaciones que iba experimentando en el campo o que me parecía que otras personas experimentaban. Sin embargo, cómo traspasar esta información a lenguaje escrito no ha sido una tarea fácil; me faltaban recursos literarios, vocabulario y práctica en la escritura. Estos impedimentos los traté de aminorar leyendo literatura (novelas, ensayos, cuentos, poesía, etc.) que destacan por sus descripciones sensoriales y del mundo de los afectos en general⁵⁹, y escribiendo mucho, siempre que podía, incluso escenas o viñetas etnográficas que no eran parte de mi campo, pero que me permitían ejercitar la escritura.

Por otra parte, he jugado con ventaja en el campo de la etnografía encarnada por mi formación teatral. Desde los quince años me he formado como actriz, y desde los veinticinco como dramaturga, y siempre he realizado cursos y talleres de diferentes

⁵⁸ Agradezco algunas de estas conversaciones a Mari Luz Esteban, Carlos García-Grados, Miren Guilló, Oliva López y Silvia Soler.

⁵⁹ Por ejemplo, y como parte de esta búsqueda explícita de referentes, he leído novelas como *Abril quebrado* (1990) o el *El año negro* (2001) de Ismaíl Kadaré, ensayos como el de *Perder la piel* de Marta Allué (1996), *Hijos de la noche* de Santiago López Petit (2014) o *De pronto, mi cuerpo* de Eve Ensler (2015), o escritos más informales que aparecían en la red sobre experiencias en primera persona en procesos de salud-enfermedad-atención, como los que se encuentran en el blog de la asociación *Activament* (<http://www.activament.org/es/category/blog/> [Consulta: 2018/30/05], o en <https://autoetnografia.com/2018/12/29/antipsiquiatria-y-trastornariado/> [Consulta: 2019/01/12].

disciplinas de danza para completar la formación teatral. Este entrenamiento corporal y emocional, que bien podría nombrarse como *trabajo corporal*⁶⁰, en los términos que propone Wacquant (2004), me ha permitido estar en el campo con una capacidad adecuada para la escucha en general (no sólo de lo oído), y captar de forma rápida y precisa lo que acontece en los cuerpos, entre sí, y las relaciones que mantienen con el espacio. Sin embargo, creo que este trabajo corporal, que condiciona mi propia forma de percibir y de experimentar en general, hizo más difícil la redacción de mis primeros cuadernos de campo. Por ejemplo, presento a continuación un fragmento de lo que registré tras uno de los primeros acompañamientos. Se trata de una clase de pilates⁶¹ a la que acude Pilar⁶², una bilbaína con la que acudí a esta actividad, que tiene lugar en un gimnasio municipal de barrio:

Hoy somos doce en clase, todas mujeres y de cuarenta y cinco años para arriba. Comenzamos la sesión con estiramientos de brazos. En general, la clase de hoy ha sido muy dedicada a brazos y abdominales. Hemos hecho varios ejercicios de brazos con pelotas, y luego varias series de abdominales usando a veces las pelotas y otras no, siempre combinándolos con la inspiración y expiración, y manteniendo duro el centro de nuestro abdomen (parte entre el ombligo y el pubis). Cuando hemos realizado el ejercicio de levantarte desde el suelo, estando boca arriba, y comenzando por el cuello y poco a poco hacia arriba, la profesora, en el descanso entre series, ha comentado que es importante no bajar de sopetón, que si no se puede llegar hasta abajo despacito que es mejor quedarse hasta dónde se pueda. Entonces le ha dicho a Pilar que no se obligue, (porque ella se caía al final de golpe), y ésta le ha respondido -algo hay que sufrir, ¿no?-, mientras sonreía y reía un poco. La profesora le ha dicho que no, que es mejor hacer poco pero bien. Por lo general, parece que a Pilar le cuesta trabajo realizar los ejercicios propuestos, aunque realiza todos, incluso los de prueba mientras lo muestra la profesora. Hoy también le vuelvo a ver muy encogida de hombros. Y durante la clase, en los ejercicios finales, Pilar y yo nos mirábamos cara a cara, me sonrío varias veces; hoy la noto más contenta que el día anterior. (Diario de campo, 08/11/2015)

Esta forma de redactar es mecánica y descriptiva, pero sobre todo con la información que es observable y conmensurable, y apenas hay referencias a otros sentidos o percepciones que no sean la vista. Este resultado creo que es parte de un entrenamiento de lo físico muy centrado en la mecánica del cuerpo y en las relaciones que mantienen con el espacio donde se ubica, algo propio del teatro físico -que ha sido una de las escuelas donde me

⁶⁰ Wacquant (2004) desarrolla este concepto a partir de una etnografía sobre el mundo del boxeo, y hace alusión al conjunto de prácticas de educación del cuerpo, que operan a partir de su control y de su adecuación normas y marcos de acción estrictos. Son propias de un entrenamiento deportivo, pero que podríamos extenderlo a otros ámbitos.

⁶¹ Pilates es una técnica de entrenamiento, basada en una concepción dualista del sujeto, puesto que su objetivo principal es el ejercicio físico controlado por órdenes y cálculos mentales para fortalecer la musculatura interna.

⁶² Bizkaia, 48.

formé-. O quizás simplemente se debe a una falta de experiencia en el arte de la escritura.

Sin embargo, un año después mis diarios de campo cambiaron. Tras el ejercicio explícito de leer textos de otras autoras, y de escribir y escribir sobre lo emocional y lo corporal, comienzo a recoger la información de otra forma. El siguiente fragmento es parte del registro sobre una salida de ocio que realicé con Andrea⁶³. Él siempre dice que disfrutar de su tiempo libre es una de sus dificultades por esa depresión de la que nunca termina de recuperarse, y yo prometo invitarle algún día a un plan que sirva de remedio. Andrea y yo ya éramos amigas antes de su participación en esta investigación, y el mundo del teatro nos había dado la oportunidad de conocernos, por eso un día le llamé y le propuse ir a ver una obra que me habían recomendado en el centro de Barcelona. Él aceptó encantado. Cuando vuelvo a casa recojo algunas notas de campo, y escribo lo siguiente:

Durante la función, él se ríe mucho, todas reímos porque la obra era muy cómica. Me mira a veces buscando complicidad, pero ninguna de las dos diremos nada. ¿Sólo nos miramos? En realidad, es más que una mirada. Él me está diciendo, sin palabras, que se siente bien, que incluso disfruta, y que me lo agradece. Yo le contesto, a través del brillo de mis ojos y mi boca cerrada, que me siento tranquila a su lado, y siempre muy cercana, más todavía desde que está siendo tan generoso conmigo y con esta investigación. No hay palabras, pero sí comunicación. Creo que a lxs dos nos inunda una sensación de tranquilidad. Cuando acaba la obra, él está super sonriente, me dice que le ha encantado, que muchas gracias por la invitación. Para mí también ha sido una delicia la obra, ¡muy buenas las actrices! De esas veces que casi llegas al orgasmo cuando aprecias el buen trabajo de otras compañeras. (Diario de campo, 21/04/2016)

En este fragmento se puede apreciar otra forma de registro, pero, sobre todo, otra forma de estar en el campo. Este cambio, en mi caso, tiene que ver con una centralidad de lo emocional y lo corporal en la etnografía que realizo, y que me empuja a comprometerme por completo. Jone Miren Hernández García (en prensa) sugiere “*desalojar el cuerpo*” para “*rellenar[lo] de «realidad» constantemente*”, en un proceso etnográfico donde la investigadora y el campo se afectan mutuamente⁶⁴. Una nueva forma del quehacer antropológico que, como esa misma autora señala, invita a pensar cuáles son los lugares desde los que se genera el conocimiento; una de las propuestas que sirve de impulso para el último giro ontológico de la disciplina. Viveiros de Castro (2010)⁶⁵ lo define como “*un ejercicio permanente de descolonización del pensamiento*”, y nos invita a “borrar” los marcos de sentido y de experiencias como investigadoras, para dejar que emerjan los del

⁶³ Barcelona, 40.

⁶⁴ Esta cuestión de la afectación mutua entre campo e investigadora la abordaré más adelante, en el último apartado de este capítulo, recogiendo algunas ideas de Favre-Saada (1990).

⁶⁵ Citado en Hernández (en prensa).

sujeto/objeto de estudio. En definitiva, una manera de *estar ahí* en la que nos dejamos “inundar” por el campo. Hernández (en prensa) narra la siguiente anécdota, que ocurrió durante su trabajo de campo en una de las sesiones del Campeonato Nacional de Bertsolaris⁶⁶ de 2017:

Desde mi lugar próximo al escenario y al tiempo que recibía el bertso sentía como el público estaba siendo afectado. Sentía la respiración contenida de aquellas dos mil personas. Pensé que tenía que buscar rápidamente la referencia de una situación similar que me ayudase a entender y a describir lo que estaba pasando. Lo que me vino a la mente fue una tarde de playa en el Cantábrico, con el mar movido. Grandes olas. Tengo el recuerdo de la impresión que siendo niña me causaba observar, nadando o jugando justo donde rompen las olas en el borde del mar, la llegada, lenta y progresiva de una gran ola. La veías aproximarse pero, sobre todo la sentías, ruidosa, cargada de fuerza. Sólo cabía prepararse y esperar, aguantando la respiración. En Irún me limité a hacer lo mismo, reteniendo al máximo todo lo que estaba aconteciendo.

Tal y como propone la autora, abordar una situación de campo desde experiencias anteriores quizás esté dificultando aprehender nuevos conocimientos, y por tanto, es urgente reflexionar sobre la forma de hacer etnografía. Como Esteban señala⁶⁷, *estar ahí* implica “no pasar rápido por la investigación, sino darte tiempo, quedarte, permanecer en ella”, y permanecer no sólo es mirar, sino percibir y dejarse afectar.

2. 1. 3. El análisis de las prácticas corporales⁶⁸

Hasta ahora he comentado cómo fue mi *estar ahí*, de qué formas lo puse en práctica, pero escoger dónde y cuándo *estar ahí*, no fue una tarea fácil en esta investigación que desde un principio presentó un campo muy amplio y diverso. Eran múltiples las posibilidades y seleccionar una de ellas tenía que estar lo suficientemente justificada para desechar el resto. En esta búsqueda, apareció la idea de las prácticas corporales como espacio y excusa para los acompañamientos en el campo y por tanto, como recurso para poner en marcha las percepciones participantes.

Comencé mi encuentro con las prácticas corporales desde el ámbito de lo teórico, y no tanto desde lo metodológico. Me acerqué a ellas, al uso del concepto y a su inclusión como elemento principal del análisis, porque una de las hipótesis de partida era y es que la mayoría de actividades puestas en marcha por las personas y los colectivos para activar la

⁶⁶ El bertsolarismo es un tipo de arte escénico, propio de Euskal Herria, que consisten en recitan con diferente melodías, versos improvisados frente a un público, en contextos distintos.

⁶⁷ Información recogida durante conversaciones informales con la autora.

⁶⁸ Una versión de este apartado fue publicado en Zapata (2018b).

recuperación de las depresiones se ubican en el ámbito de lo corporal, tanto por el tipo de fenomenología depresiva, como por la cuestión de la reconfiguración identitaria.

Si bien el uso de las prácticas⁶⁹ como elemento de análisis es algo presente en la antropología ya desde los años cincuenta del siglo pasado, no fue hasta los años ochenta que se comienza con un desarrollo más consolidado y generalizado de este concepto dentro de la disciplina (Ortner, 1984). Esta trayectoria ha seguido consolidándose hasta la actualidad, en un momento de las ciencias sociales y la filosofía que autores como Theodore Shatzki (2001) caracterizan de “*giro practicista*”⁷⁰, pero que, sin embargo, no conlleva unanimidad en el significado del concepto, o un enfoque unificado sobre las mismas (Shatzki, 2001:2)⁷¹. Como investigadora, me adscribo a lo propuesto por Barry Barnes (2001), entendiendo que las prácticas incluyen tanto pensamiento como acción. Según León Olivé (2004:66), que reflexiona sobre alguna de las ideas de Barnes, éstas “*son sistemas de acciones, que necesariamente se realizan con la participación del cuerpo, que están sujetas a normas y valores, y están guiadas por representaciones*”.

Pero entonces, la pregunta que surge aquí es: ¿por qué nombrar como corporales a determinadas prácticas si para todas es necesaria la participación del cuerpo? Pues porque existen algunas donde la dimensión de lo corporal tiene una implicación fundamental y decisiva. Aunque toda actividad o acción de las personas es realizada a través de nuestra materialidad, existen ciertas acciones individuales y colectivas que están más centradas en la transformación, exposición, y autoexploración del cuerpo, y/o en el uso del cuerpo como un instrumento para determinados fines. Como señala Elsa Muñiz (2014:10), “*los individuos [las] ejecutan sobre sí mismos y sobre los otros y a través de las cuales se adquiere una forma corporal y se producen transformaciones, es decir, se constituye la materialidad de los sujetos*”, razón que denota su utilización “*como unidad de análisis para comprender el proceso de materialización/encarnación de los sujetos*” (ibídem:29) y, por tanto, los propios procesos de subjetivación.

Pero ¿cuándo, cómo y por qué se convierten en herramientas metodológicas? Como ya he comentado, para recabar información en las entrevistas sobre la dimensión de lo corporal, desde mi rol de entrevistadora lanzaba preguntas en relación a varios ámbitos: experiencia sensible -tanto somática y fisiológica como emocional-, sexualidad y otros placeres, imagen corporal, vivencia del género, etc. Además, y como cuestión fundamental, les preguntaba a las personas informantes por aquellas actividades o acciones que para ellas habían sido imprescindibles para activar o mantener su recuperación.

⁶⁹ También llamadas *acción* o *praxis*, dependiendo del/la autor/a (Ortner, 1984:127).

⁷⁰ Citado en Muñiz (2014:11).

⁷¹ Citado en Olivé (2004:67).

Así, no fue difícil entender y decidir como investigadora que sería en la realización de estas prácticas (clases de pilates y yoga, baños en el mar, paseos con el perro, compras semanales en el mercado de abastos, labores de carpintería, ensayos de teatro, participación en los llamados círculos de mujeres, etc.), donde llevaría a cabo los acompañamientos. A priori, porque desde mis hipótesis previas, éstas eran las estrategias o tácticas usadas por ellas de forma principal en su recuperación, pero también porque a nivel metodológico me iba a permitir un acceso directo y seguro al ámbito de las sensaciones, las emociones, los espacios de intersubjetividad, etc. Como Muñiz (2014:29) también señala, las prácticas corporales tienen “*vocación performativa*”, lo que me permitía en el plano metodológico poder percibir aquellas acciones por las que la propia identidad se va configurando, y de forma especial la identidad de género.

Además, esta ubicación de las percepciones participantes también me permitió ir más allá de las narraciones sobre la experiencia encarnada, y poder hacer contrastes entre los discursos sostenidos y las acciones que se realizan. Y, por supuesto, fueron muy buenas oportunidades para percibir las relaciones con el entorno social y con la materialidad de los espacios donde se realizaban, recabando así información de cómo somos/estamos-en-el-mundo.

Las actividades en las que llevé a cabo los acompañamientos fueron muy variadas⁷², y la frecuencia de los mismos también fue muy diversa: aunque siempre intenté estar con la misma personas al menos dos veces en la misma práctica, no siempre fue posible, ya fuera por mis limitaciones de tiempo y desplazamiento, o porque las personas colaboradoras de la investigación no accedieron a mi petición. También intenté estar con una misma persona en diferentes actividades, cuestión que algunas veces pasó sin planificación previa. Por ejemplo, un día quedé con Inma⁷³ para ir con ella a clases de pilates, y al llegar a su casa me invitó a ver cómo se arreglaba (a partir de un comentario que yo le hice sobre su forma de maquillarse), y también a la salida de la actividad física acabamos tomando un café con varias de sus amiga y dando un paseo por el pueblo con su marido. Todas estas prácticas habían sido nombradas por Inma como facilitadoras de su recuperación, pero, sin embargo, a priori no estaban en mis objetivos de aquel día.

Por último, y en relación a la mayor o menor participación en el campo, tengo que decir que mi propia corporalidad y mis destrezas o habilidades previas para determinadas tareas, han marcado la forma de los acompañamientos. Aunque mi intención siempre fue tomar parte activa en la ocupación que realizábamos, no siempre podía. Por ejemplo, cuando estaba con Josep⁷⁴ en su taller de carpintería, muchas veces mi participación consistía en darle

⁷² Puede leerse una redacción de las mismas en el séptimo capítulo.

⁷³ Bizkaia, 62.

⁷⁴ Lleida, 64.

conversación, cómo él decía, porque yo no tenía conocimientos previos de uso de maquinaria de carpintera, e intentar adquirirlos en esa situación hubiera sido un esfuerzo innecesario tanto para Josep como para mí. En otras ocasiones, como cuando fui con Pilar⁷⁵ a su clase de pilates, mi preparación física previa, marcada por un trabajo corporal en danza y teatro, me permitió, no sólo seguir la actividad sin demasiado esfuerzo, sino que además podía rápidamente memorizar las coreografía propuestas por la profesora y entonces dedicarle mayor atención al resto de elementos de la situación.

Sin embargo, también han existido limitaciones para realizar el trabajo en un campo abierto y multiespacial, con gente y contextos siempre diversos. Por una parte, el acceso se ha visto limitado, tanto por mi lugar de residencia en el caso de Cataluña, que me impidió poder acompañar en más ocasiones, como por mi desconocimiento del euskera en el caso de la CAE, que me obligó a una comunicación en castellano con persona y contextos vascoparlantes⁷⁶. Pero, sobre todo, una relación con las personas, los objetos y los espacios que se ha visto consolidada o truncada por mi propio estado de ánimo y proceso personal. Esto es así porque, desde hace años, en otoño suelo experimentar períodos de mucha tristeza y abatimiento, y mantener una intensa vida social me cuesta y en el campo como etnógrafa no fue distinto. Si entendemos el campo como esa parte de la realidad que como etnógrafas creamos y a la que tenemos acceso, quizás hubiera sido distinto si hubiera tenido otra predisposición a lo social. Pero también, y siendo mi tema de estudio el que es, a veces pienso que estos períodos de rasgos tan depresivos pueden haber sido una oportunidad para seguir recogiendo información, convirtiéndose en otro apéndice más de mi diverso campo.

Esta cuestión, junto con la idea que antes señalé sobre la importancia de determinadas destrezas corporales y emocionales en el trabajo de campo, nos advierten de una serie de habilidades necesarias para las tareas de recogida de información que escapan de la lógica académica clásica y positivista, y se mueven más en el terreno de las capacidades físicas y sociales. Algo de lo que se habla poco en los manuales de etnografía, aunque sea tan importante para el desarrollo de la misma, y que supone nuevos retos para las docentes, y para el conjunto de las profesionales de la antropología en general.

⁷⁵ Bizkaia, 48.

⁷⁶ Tanto las entrevistas como los acompañamientos que he realizado en Cataluña han sido en el idioma que la persona escogía (catalán o castellano), puesto que mi conocimiento del catalán me lo permitía. Sin embargo, en la CAE, y principalmente por el desconocimiento del euskera, todas las participantes se expresaron en castellano la mayoría del tiempo, tanto conmigo como con otras personas que aparecían en el campo.

2. 2. Descripción de un campo multisituado y descentralizado

El campo de esta investigación lo han formado múltiples personas y sus entornos. Es, por tanto, un campo multisituado que se ha ido configurando a partir de las relaciones que, como investigadora, he ido estableciendo con las personas y sus contextos. En este apartado, primero expondré cuales fueron los criterios para la selección de las participantes y cómo han sido esas relaciones establecidas. En segundo lugar, realizaré una breve descripción de cada una de las personas, con el objetivo de facilitar la contextualización de este campo tan amplio como diverso. Y, por último, presentaré una tabla con un resumen de las características de cada una de las personas que han participado en la investigación.

2. 2. 1. Criterios para buscar y encontrar personas participantes

La selección de las personas que formaron parte del campo de estudio fue una tarea comprometida, porque a partir de ellas y con ellas se definiría también el resto de elementos del campo (situaciones para el acompañamiento, objetos y espacios, territorios físicos, etc.). Por esta razón, hice una selección de criterios que me ayudaran a buscar y escoger a estas personas, siempre con la finalidad de intentar alcanzara mis objetivos de investigación, y que resultaron ser los siguientes:

- Tener o no diagnóstico médico de depresión no era un criterio, sino que las personas podían formar parte de la muestra siempre que ellas mismas nombraran así al proceso vivido⁷⁷. Y lo mismo con la idea de recuperación. No me interesaba tanto si existía o no un dictamen clínico al respecto, pese a que es interesante tenerlo en cuenta porque puede estar determinando diferencias en la forma de vivir el proceso, pero me pareció más importante la autodenominación, por la carga de sentido y significado que tenía para la propia persona y su entorno. Con todo esto, cabe decir que sólo dos personas de la muestra no han sido diagnosticadas de depresión, y que todas han definido su proceso como en fase de recuperación en el momento de las entrevistas y de los acompañamientos.
- Incluir en la muestra mujeres y hombres⁷⁸, en una proporción que respete las diferencias mostradas por la brecha de género en el diagnóstico. Lo que resultó en un total de doce mujeres y seis hombres. También se accedió al relato de una persona que en el momento de la entrevista y los acompañamientos no se identificaba con ninguna de estas categorías de género, pero que más adelante, en encuentros posteriores y debido a la relación de

⁷⁷ En muchos casos las personas habían vivido varias depresiones a lo largo de su vida, es decir, que pueden haber sido uno o más los períodos vividos de depresión.

⁷⁸ Esta investigación tiene un enfoque binario respecto al género por varios motivos. El primero es que las personas que participan en esta investigación se definen dentro del binomio hombre-mujer. Quizás como investigadora podría haber buscado explícitamente personas no binarias como participantes de la investigación, pero no me pareció necesario para entender el fenómeno de recuperación en depresiones. Por otro lado, tanto las encuestas como la mayoría de estudios actuales sobre salud también mantienen ese binarismo como forma de abordar la cuestión del género, y aunque no pretendo con esto justificar mi elección, sí creo que es importante reconocer que la categoría mujer (con toda su diversidad) aún sirve para entender la mayoría de los procesos de desigualdad de género.

amistad que se fraguó durante el trabajo de campo y que posteriormente mantuvimos, pude saber que se identifica en la actualidad como mujer, y así es como la he seguido nombrando hasta la actualidad.

- Intentar cubrir diferentes rangos de edad, lo que resultó ser un poco complicado. Por un lado, porque la cronicidad de las depresiones en las personas de edad avanzada es mayor, y por lo tanto, encontrar aquellas que pudieran relatar su proceso de recuperación no fue fácil. Por otro lado, una cosa era la edad en el momento de la entrevista (donde hubo una sobredimensión del rango de treinta a cuarenta años), y otra muy diferente la edad en la que se había(n) sufrido la(s) depresión(es), algo que escapaba a mi control porque probablemente no lo iba a conocer hasta el mismo momento de la entrevista.

- Pertenecer a un grupo socioeconómico⁷⁹ determinado, también sería un criterio de selección, con el objetivo de contar con la mayor variedad posible. Aunque la primera dificultad fue encontrar una definición, y una posterior categorización, de lo que significa “grupo socioeconómico”. Las *Encuesta de Salud del País Vasco*, tanto la de 2007, como la de 2013 y 2018, emplean una noción que sólo recoge la cualificación laboral de la persona, y por tanto, el nivel de ingresos que se asocia con la misma. Sin embargo, creo que es necesario, al menos para entender algunas diferencias en relación al fenómeno que estudio, tener en cuenta el nivel de estudios, que no siempre tiene que coincidir con la profesión que se realiza, porque como Pierre Bourdieu (1983) señala, el *capital cultural* está determinando gran parte de nuestras prácticas y representaciones socioculturales. Por tanto, en lo sucesivo, emplearé la noción de grupo socioeconómico apelando a estas dos situaciones: nivel de ingresos asociado a la categoría profesional y nivel de estudios, y que iré detallando por separado. Por otro lado, y en relación a este criterio, la muestra está bastante sesgada porque no hay ninguna persona que pertenezca al grupo socioeconómico de nivel alto, es decir, personas con un elevado nivel adquisitivo y con estudios superiores. Pese a que busqué el contacto de alguna de ellas por medio de diferentes medios, finalmente no lo conseguí. Quizás esta situación está propiciada por mi pertenencia a una clase social media, y por la dificultad de movilidad social en sentido ascendente, incluso en situaciones como éstas. Es simbólica la anécdota que ocurrió cuando conseguí por medio de un contacto que procedía de entornos de clase alta de Barcelona, que una persona accediera a la entrevista. Nos encontramos y la cita transcurrió con normalidad, pero varios días después me llamó pidiendo que borrara la grabación y la dejara fuera del estudio, por miedo a que personas cercanas a su entorno pudieran conocer su intimidad. En general, creo que este suceso, junto a la enorme dificultad de acceso a los testimonios de las personas pertenecientes a este grupo social, nos hablan de un mayor sentido de privacidad

⁷⁹ Emplearé el término de clase social como sinónimo de grupo socioeconómico a la largo de este texto, aún siendo consciente de los debates teóricos que existen a este respecto, pero con la intención de emplear ambos términos de una forma utilitaria para esta investigación.

e intimidad en las clases altas o grupos de élite. Gary Wray McDonogh (1989), a partir de una investigación sobre las familias burguesas de la Barcelona del s. XIX y principios del XX, señala que este grupo social, que entonces comenzaba a configurarse como nueva élite, era muy estricto en el control que ejercía sobre el tipo y forma de las interrelaciones personales que mantenían, así como sobre los conocimientos que se compartía en general, y específicamente sobre la intimidad de la familia. Para la burguesía, el control de los rumores y las habladurías era una forma de control social, porque podían destruir alianzas, tanto económicas como sociales con el resto de su clase (McDonogh, 1989:177), lo que explicaría la dificultad de encontrar a personas dispuestas a participar en esta investigación.

- Tener en cuenta el lugar habitual de residencia, puesto que es un estudio de los procesos de recuperación en personas residentes en el País Vasco y Cataluña. En general, he intentado que estuvieran representadas las tres provincias pertenecientes a la CAE (Araba/Álava, Gipuzkoa y Bizkaia) y tres de las catalanas (Barcelona, Girona y Lleida), quedando fuera Tarragona por falta de contactos.

Además de estos criterios, hice una excepción con el caso de Sergio, porque cuando conocí su historia por medio de una amiga compartida, me pareció tremendamente sugerente para la investigación que he realizado. Sergio, un hombre de treinta y dos años y residente en un pequeño pueblo de la provincia de Barcelona, sí que ha tenido un diagnóstico por depresión, pero sin embargo él mismo dice que no la ha vivido, sino que fue un montaje consciente y bien planificado para engañar a los diferentes profesionales de salud que le atendieron, como parte de su plan para ganar una batalla legal frente a la empresa para la que estaba contratado en ese momento. Aconsejado por su abogado laboralista de entonces, Sergio estuvo actuando (en el sentido teatral de la palabra) una depresión durante cerca de un año, también para su entorno más cercano -salvo para cuatro o cinco personas de mucha confianza-, y durante este período dejó de asearse, de relacionarse socialmente, engordó casi 20 kg, se mostraba siempre desmotivado para toda actividad, contaba que tenía ideas de suicidio, etc. Una performatividad de la depresión que le ayudó a ganar la batalla legal contra la empresa para la que estaba contratado, pero que, sin embargo, y según sus propias palabras *“al final casi me lo creo, al final todo esto me estaba llevando a una depresión de verdad”*. Un relato que más adelante se abordará con mayor profundidad, en el capítulo sobre prácticas corporales.

En cuanto a la relación con cada una de las personas participantes ha sido muy distinta. Con Andrea, Iryna, Ainhoa y Amets, ya eramos conocidas o amigas antes de la investigación y esto supuso ventajas, pero también inconvenientes. Por una parte, tener una relación previa de confianza me permitió acceder a su intimidad más fácilmente. Pero a la vez, yo tenía acceso a mucha información que no había sido recogida en situaciones de

formalidad, como una entrevista o un acompañamiento consentido y consensuado, sino que nuestra relación personal previa me permitía conocer más cosas. ¿Qué hacer y cómo manejar toda esta información? Decidí actuar de la siguiente forma: si la información en cuestión iba a ser publicada y narrada de forma explícita, le pediría consentimiento a la persona, pero si la información “sólo” iba a servir para contextualizar su historia no tendría que pedir permiso.

Sin embargo, a la mayoría de personas las conocí a partir de su colaboración en esta investigación, y siempre por medio de una tercera persona conocida para ambas que nos puso en contacto y que de alguna forma avalaba mis intenciones. La relación que se estableció con estas personas participantes ha sido muy distinta. Como en el resto de ámbitos de la vida, ya sea profesional, familiar o de comunidad, no siempre congenias con todo el mundo, y en el trabajo de campo no fue distinto, aunque hay ciertas dinámicas que facilitaron esta situación. Por ejemplo, con Josep⁸⁰, pese a que compartíamos un entorno cercano de amistades, nunca tuvimos una relación fluida, porque desde el principio él mantuvo una forma de relacionarse desde la seducción sexual que a mí me incomodaba. Ya en la primera entrevista que mantuvimos varias veces me piropeo y me insinuó si quería mantener relaciones sexuales con él. También fue frecuente durante todos los acompañamientos que hablara de temas vinculados con lo sexual, mientras me miraba de forma desafiante o sugerente, como si flirtara conmigo. Todo esto fue provocando que, acudir a una de nuestras citas, siempre supusiera una carga. Cuando revisé los cuadernos de campo, encontré algunas notas como la que presento a continuación, y que se refiere a uno de los acompañamientos que realicé junto a Josep en el taller de carpintería donde trabaja. Ese día habíamos estado organizando cosas en el trastero de la planta de arriba, y al terminar, sucedió lo siguiente:

Bajamos a la parte de abajo, y antes de salir [a la calle] me dice que me quitará el polvo con la pistola de aire comprimido⁸¹. Me tapo la cara, y con los brazos las tetas, no acabo de sentirme cómoda con Josep en este sentido. Me enchufa la pistola por la parte de delante y por detrás, y sinceramente, me siento observada y objeto. Luego se la enchufa a sí mismo y nos vamos del taller. Al despedirme siento una sensación de alivio. (Diario de campo: 09/03/2016)

Preocupada y cansada de estas situaciones pregunté a varias conocidas que teníamos en común si esto era frecuente, y la respuesta fue afirmativa. Al parecer era la forma habitual con la que Josep se relaciona con las mujeres, sobre todo con las más jóvenes. De nuevo tuve que reflexionar sobre aspectos éticos: ¿hasta dónde estaban mis límites como

⁸⁰ Lleida, 64.

⁸¹ La pistola de aire comprimido es un aparato que está en este taller de carpintería para expulsar los residuos de madera que quedan en la ropa y el cuerpo tras el trabajo.

investigadora?, ¿y como persona? ¿Cuánto sería capaz de aguantar para llevar adelante esta investigación? Decidí hablar con Josep, le dije lo incómoda que me sentía y por qué, y desde aquel día disminuyeron sus comentarios, aunque siempre permaneció en esa dinámica de intentar flirtear. Estas situaciones pusieron al límite mi propia estancia en el campo, y me obligaron a reflexionar sobre como las formas de interrelacionarme en lo personal también traspasaban a lo profesional, y viceversa.

2. 2. 2. Descripción de las personas participantes en la investigación

Lo que sigue a continuación es un breve resumen de la vida y el contexto de cada una de las personas que han participado en la investigación, desde una mirada de etnógrafa, y buscando siempre crear un marco colectivo y sociocultural que sirva para entender las experiencias que son narradas en primera persona. Para una exposición más clara, están ordenadas alfabéticamente en función del nombre ficticio que les otorgué a cada una.

Ainhoa (Araba/Álava, 33): es una mujer de treinta y tres años (2015)⁸², que reside en un municipio pequeño de la provincia de Araba/Álava. Es profesora de euskera, y aunque podríamos decir que pertenece a una clase media por sus estudios de nivel superior, tiene un trabajo muy precario en cuanto a las condiciones laborales (horarios, sueldo, etc.). Actualmente vive sola, después de la separación con su novio de varios años. Cuando nos hemos visto, siempre llevaba un pañuelo de colores intensos en la cabeza, escondiendo así su alopecia, pero que resaltaba aún más sus enormes ojos claros. Ainhoa es de estatura media, delgada y siempre la he visto sonreír. Me parece una persona alegre, pero también con un carácter fuerte que a veces explota cuando cuenta algunas anécdotas de su vida. Su proceso de depresión, que comenzó cuando ella tenía dieciocho años, se prolongó durante una década, aunque ella algunas veces comenta que aún siente que está recuperándose.

Amets (Gipuzkoa, 27): tiene veintisiete años (2015) y siempre ha vivido en Donostia. Ha estudiado medicina y actualmente disfruta de una plaza como MIR en la especialidad de médico de atención primaria. Proviene de una familia con un nivel adquisitivo medio, donde casi todas sus antecesoras son médicas. Actualmente vive solo, y se muestra contento por ello. Es un hombre de estatura media, delgado y de ojos claros y expresivos. Recuerdo siempre de Amets su bonita sonrisa, que tantas veces contrasta con otra expresión más seria y dura, y también su timidez o reserva en compartir conmigo su relato, aunque poco a poco se pudo tejer una relación de confianza. Amets sólo ha vivido una depresión, durante sus veintitrés años, y fue un período que duró aproximadamente nueve meses.

⁸² Las edades señaladas hacen referencia a la que tenían durante la primera entrevista que realizamos, y para una mayor aclaración, anoto entre paréntesis la fecha de esta primera cita.

Andrea (Barcelona, 40): es un hombre que tiene cuarenta años (2014) y origen argentino, aunque reside en Barcelona desde hace quince años. Actualmente vive compartiendo piso junto a dos conocidas, y tiene una relación de pareja con una mujer algo más joven que él. Es psicólogo social de profesión, pero ha vivido una situación económica muy precaria, con trabajos intermitentes tanto formales como informales, que apenas le dan para cubrir sus necesidades. Parece una persona observadora; mira mucho y escucha bastante antes de hablar, y siempre está sonriendo. Forma parte del ámbito del asociacionismo, dónde está muy implicado y activo. Trabaja en *Activament*⁸³, asociación que fundó junto a otras compañeras en 2011, y que hoy ocupa la mayor parte de su tiempo laboral y también de ocio. A Andrea siempre le he conocido con el pelo largo, suelto o recogido con coleta, vaqueros y camisa de algún color discreto, y seguramente tomando alguna bebida con cafeína. Además, es una persona de complexión fuerte. Él ha vivido varios períodos de depresión desde sus doce años, que aparecen de forma intermitente, y con más o menos intensidad dependiendo del momento vital de Andrea.

Andreu (Girona, 43): es un hombre de cuarenta y tres años (2016), que vive en la ciudad de Girona, aunque creció y se crío en un municipio pequeño de la provincia. Actualmente vive solo y tienen una relación de pareja con otro hombre de edad parecida. Es profesor de secundaria, además de investigador de historia en su tiempo de ocio, por lo que tiene unos ingresos de nivel medio y estudios superiores. Es una persona alta, delgada, y con una calva y barba incipiente. Siempre está sonriendo, parece como si la vida le hiciera gracia, y habla en un catalán cerrado con mucha fluidez. Me parece una persona tranquila consigo misma, a la vez que inquieta por aprender cosas nuevas. Andreu ha vivido dos depresiones: la primera duró veinte meses, y ocurrió cuando tenía veintidós años. La segunda depresión se prolongó durante un año cuando él tenía treinta y tres.

Anna (Barcelona, 37): es una mujer treinta y siete años (2016), que reside en Barcelona, aunque se crió y creció en Iruña-Pamplona. Su familia es de clase baja (en cuanto a ingresos y nivel de estudios), pero ella se formó como educadora social, y actualmente se dedica a impartir formaciones sobre Comunicación No Violenta. Está soltera, y vive con una amiga. Es una persona alta, de complexión fuerte, piel morena, y cabellos oscuros. Sus pequeños ojos negros miran con intensidad cuando te habla. Aparenta ser una persona muy alegre, y cuando la veo llorar en algún momento de su narración, casi me parece imposible. Demuestra tener un carácter fuerte, y mucha inquietud por conocer cosas nuevas. Anna comenzó con su depresión a los dieciséis años, y ésta se prolongó hasta sus treinta y tres. Durante todo ese período fue probando multitud de recursos que le ayudaron a recuperarse.

⁸³ *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/> [Consulta:10/10/2018]. Señalo el nombre real de esta asociación porque Andrea así me lo pidió de forma explícita, pese a que le advertí de los inconvenientes que esto supondría para asegurar su anonimato.

Carla (Girona, 43): es una mujer de cuarenta y tres años (2016), que reside en un municipio pequeño de la provincia de Girona junto a su madre. Es licenciada universitaria y trabaja en el ámbito de la educación juvenil no formal como dinamizadora en proyectos relacionados con la salud, gracias a lo que obtiene unos ingresos de nivel medio. Es de estatura media, regordeta, tiene el pelo corto y oscuro, y lleva gafas de color rojo. Actualmente está comenzando una relación de pareja con un hombre de edad parecida. Es una persona que sonrío mucho, pero también las lágrimas cubren sus ojos con facilidad. Durante nuestros encuentros, siempre me pareció una persona tranquila, pero inquieta, a la vez que tajante en su forma de expresar opiniones o desacuerdos. Carla ha vivido dos depresiones en su vida: la primera cuando tenía veintiocho años y la segunda con treinta y cinco. Ambas duraron alrededor de un año.

Carlos (Bizkaia, 43): es un hombre de cuarenta y tres años (2015) que reside en la ciudad de Bilbao. Actualmente trabaja como psicólogo en atención terapéutica, aunque su primera profesión y formación de origen nada tenían que ver. Le gusta el teatro, como actividad de ocio y como herramienta para sus terapias. Vive solo y tiene una novia desde hace varios años. Su familia, de ideología conservadora, tienen un nivel adquisitivo alto, pero el estatus socioeconómico actual de Carlos quizás sea más moderado en cuanto a los ingresos. Es una persona de estatura media, complexión fuerte y pelo oscuro. El día de nuestra entrevista llevaba una barba incipiente. En nuestro encuentro, me sentí observada, incluso analizada. Creo que, bajo su rol de psicólogo, intentaba descubrir las intenciones que subyacían a mis preguntas. Carlos ha vivido dos depresiones en momentos distintos de su vida. La primera fue con catorce años, y se prolongó durante dos años. La segunda la vivió con veintitrés años, y duró doce meses.

Helena (Barcelona, 55): es una mujer de cincuenta y cinco años (2016), que ha residido entre las ciudades de Lleida y Barcelona, pero que actualmente vive en la última. Sus trabajos, que han sido en los ámbitos de la hostelería, servicios inmobiliarios y en teatro y televisión, la han obligado a desplazarse constantemente de residencia entre ambas capitales de provincia. Está divorciada del padre de su hija de treinta y un años y su hijo de veintisiete, y actualmente vive sola. Tiene un alto nivel de estudios, y sus últimos trabajos le han proporcionado un nivel medio-alto de ingresos. Es una persona alta, ancha y de pelo largo y negro con multitud de canas. En nuestro encuentro no para de hablar, le gusta conversar y quiere contar su historia. Respira con dificultad a causa de un cáncer de faringe que le afecta desde hace un año. Quiere ser discreta con su historia, pero me cuenta muchos detalles de su vida personal, y al final se marchará con prisas, como huyendo de la situación. Helena ha pasado por varias depresiones, que aparecen de forma intermitente desde sus treinta años, y que nunca se han prolongado más de diez o doce meses.

Iban (Gipuzkoa, 48): es un hombre de cuarenta y ocho años (2015), que vive en un municipio de tamaño medio de Gipuzkoa. Licenciado en filología, trabaja como filólogo de la lengua vasca en diferentes instituciones relacionadas con la materia. Vive con su pareja de hace años, que es una mujer de edad similar. Desde el principio, se muestra muy crítico con los psicofármacos y los profesionales de psiquiatría. Habla deprisa y de forma contundente, expresando mucho con brazos y manos, pero también pide constantemente mi opinión sobre lo que él cuenta, propiciando el diálogo. Es una persona alta, de complexión robusta, con la cabeza rapada y gafas para corregir la miopía. Me parece una persona con un sentido del humor muy irónico. Iban ha pasado por tres depresiones: las dos primeras apenas duraron tres meses y sucedieron cuando él tenía veinte y treinta y cinco años, y la tercera que se ha prolongado durante más de cuatro años, comenzó cuando cumplía los cuarenta y dos.

Inma (Bizkaia, 62): es una mujer de sesenta y dos años (2014), y proviene de una familia de clase trabajadora. Vive en un municipio de tamaño medio de la provincia de Bizkaia desde hace cuarenta años, cuando llegó inmigrada del sur de Extremadura. Está casada y tiene junto a su marido un hijo de treinta y cinco años y una hija de veintiocho años. Inma, cuando apenas tenía dieciséis años, se convirtió en emigrante por necesidad económica, y 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, y a mostrarme su entorno físico y relacional. Ha pasado por dos depresiones: la primera apenas duró seis meses y fue al comienzo de sus cincuenta y tres años, y la segunda se alargó durante más de un año, cuando ella tenía cincuenta y ocho años, y estaba a punto de prejubilarse.

Iryna (Barcelona, 31): tiene treinta y un años (2014), es de Barcelona y proviene de un barrio y familia de clase trabajadora. Es una persona alta, delgada, de pelo largo y moreno, y unos ojos grandes y muy expresivos. Ha tenido algún período en que sentía su identidad de género fuera del binarismo, pero actualmente se define como mujer. Su situación económica es precaria; ha realizado trabajos temporales, tanto del sector formal como informal de empleo que no le satisfacen y que no son estables, ni están bien pagados, pero actualmente está de baja laboral por depresión⁸⁴. Combina su vida laboral con la formación en quiromasaje o en el ámbito académico donde estudia filosofía, el cuidado de sus dos

⁸⁴ Aunque actualmente está de baja médica por depresión, ella misma afirma que ya está recuperada, o que al menos, ya ha pasado los momentos de mayor sufrimiento. Pero acepta esta condición de incapacidad laboral porque acudir a su trabajo le provoca un gran malestar.

perros, alguna salida con amigas/os a conciertos y/o la participación en actividades militantes de corriente libertaria. Es muy llamativo su sentido del humor irónico, alternando carcajadas con llantos contenidos. Iryna ha vivido una sola depresión pero que se ha prolongado durante más de una década. Comenzó dicho proceso a sus dieciocho años, y ella algunas veces dice que aún se está recuperando.

Itziar (Gipuzkoa, 31): es una mujer de treinta y un años (2015), que viven en Donostia, donde también nació y creció. Actualmente trabaja impartiendo talleres y formaciones en el campo del género y feminismo, y pertenece al grupo socioeconómico de nivel medio, tanto por formación como por ingresos. Está soltera, y es una mujer de estatura media, regordeta, de pelo oscuro y mirada intensa. Al principio me imponía su estar, serio y distante, pero poco a poco fue desvelando otra Itziar más insegura y cercana, y comenzó también a sonreír. La experiencia de depresión de Itziar fue durante algo más de un año, cuando ella estaba a punto de cumplir la treintena.

Joana (Bizkaia, 31): es una mujer de treinta y un años (2015), que nació y creció en Bilbao, pero ahora reside con su madre y su padrastro en un municipio pequeño de Bizkaia. Estudio en la universidad Bellas Artes, y actualmente trabaja como gestora cultural. Sus orígenes son de clase media, y también su posición actual. Joana es una persona de estatura media, complexión delgada pero fuerte, ojos color almendra, y pelo a media melena. Me parece una persona muy activa, que habla rápido y con muchas expresiones faciales y corporales en general. Al principio de nuestro primer encuentro me pareció que Joana sentía desconfianza, pero poco a poco la fue perdiendo, para terminar contando un relato lleno de detalles y anécdotas, con tanta expresividad que podías vivirlas junto a ella. Ella pasó por una depresión que comenzó cuando apenas tenía trece años, y que se prolongó durante, al menos, otros quince.

Josep (Lleida, 64): es un hombre de sesenta y cuatro años (2015), que reside en un municipio mediano de Lleida. Es carpintero de profesión, y aunque esté rondando la edad de la jubilación, sigue trabajando en su taller. Demuestra un bajo nivel de ingresos, tanto en origen como actualmente, y una formación educativa básica. Josep es una persona de estatura baja, regordete, y su cabello y su barba son largos y blancos. A veces me cuesta entenderle, porque habla entre dientes, mientras abre sus ojos haciendo un gesto de interés cuando quiere captar mi atención. Fuma mucho, y tiene una tos seca que a veces le corta la respiración. Es viudo desde hace catorce años, y vive con sus dos hijos, de veinticinco y treinta años. Le gusta ir al bar a tomar cerveza, y juega a la lotería con asiduidad. Josep ha vivido una única depresión, que se prolongó durante dos años, y que apareció cuando él cumplía los cincuenta, al poco de morir su esposa.

María (Girona, 43): es una mujer de cuarenta y tres años (2016), que reside en un municipio pequeño de la provincia de Girona. Trabaja como contable para una empresa de tamaño medio, y el ámbito de lo laboral es para ella muy importante de su vida. Está casada con un hombre de edad parecida desde hace cuatro años. Posee un nivel medio de ingresos y también de estudios. Es una persona de estatura mediana, delgada y de pelo largo y liso. No me parece que sea una persona muy habladora, pero se comunica de forma muy expresiva. Durante nuestros encuentros, siempre se mostró cercana y dispuesta a contarme detalles de su cotidiano. María ha vivido dos depresiones: la primera fue cuando ella tenía veinticinco años y se prolongó durante dos años, la segunda duró un año y unos meses, y apareció cuando ella cumplía los treinta y nueve.

Marta (Girona, 55): es una mujer de cincuenta y cinco años (2016), que reside en un municipio de Girona, provincia donde también nació y se crió. Está divorciada, tiene una hija de treinta y tres años que vive de forma independiente, y un hijo de veintiuno y otra de dieciséis años con los que todavía reside. Marta es alta, morena de piel pero de pelo claro, y tiene uno ojos enormes y muy expresivos. Su nivel de ingresos es medio-bajo, igual que su formación académica. Trabaja como consteladora familiar⁸⁵, y también realizando las tareas domésticas y de cuidado de personas dependientes en casa de otra familia. Marta es una persona con mucha vitalidad, y que se emociona fácilmente: sonriendo o llorando de forma intensa durante nuestros encuentros. Cada vez que me abraza, siento mucha ternura y tranquilidad, la misma que veo en su estar corporal. Marta vivió una depresión durante cuatro años, que comenzó cuando ella cumplió los treinta.

Patricia (Araba/Álava, 38): tiene treinta y ocho años (2014) 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-Gazteiz. Actualmente trabaja como administrativa para una empresa multinacional y posee un nivel medio-alto de ingresos, pese a que su familia de origen pertenece a un grupo socioeconómico con escasos recursos y formación. Es una mujer de estatura media con una complexión delgada pero robusta, tiene el pelo castaño y largo, usa gafas y, cuando no baila tango, va vestida de modo informal. Siempre me ha recibido alegremente y, aunque su historia está plagada de anécdotas con una gran carga de dolor y sufrimiento, siempre me transmitió mucho optimismo. Y esto es así, porque Patricia, aunque tiene una experiencia de depresión que se prolongó durante más de quince años, comenzando cuando ella apenas tenía dieciséis, muestra un relato lleno de superaciones y

⁸⁵ Las constelaciones familiares son un tipo de terapia *New Age* que tratan, según explica la misma Marta, de conocer el inconsciente individual. El principio fundamental de las constelaciones es, que los lazos energéticos que se generan en nuestro sistema familiar -en él cual ocupamos una posición determinada- nos configura tal y como somos a día de hoy. Por tanto, si conocemos estas relaciones (con una retrospectiva de cinco generaciones), podremos entender quiénes somos actualmente, y podremos “dejar ir” malestares y cargas que no nos pertenecen, pero que nos fueron transmitidas por medio de esos lazos familiares. La puesta en práctica, y siguiendo las explicaciones de Marta, es una especie de “teatrillo”, donde el resto del grupo dramatizará el sistema familiar de aquella persona que quiere constelar algún problema presente. La idea es actuar sobre esta representación del sistema familiar, esperando que en la realidad haya una correlación de cambios.

constantes rehacerse a una misma, y con una forma de explicarlo bastante narrativa y muy reflexiva.

Pilar (Bizkaia, 48): es una mujer de cuarenta y ocho años (2015), que nació y creció en Bilbao, donde reside actualmente. Sus orígenes están en una familia que fue de la clase trabajadora y proletaria que migró del sur del Estado español a la CAE durante los años cincuenta y sesenta del pasado siglo. Ella pudo estudiar una formación profesional y actualmente cuenta con un nivel medio de ingresos. Pilar es una persona de estatura baja, regordeta, y cabello y ojos oscuros. Cada vez que me mira sonrío, pero a veces la descubro absorta en sus pensamientos con un gesto serio. Es viuda desde hace seis años, y madre de dos hijos, de quince y veintiún años. Ahora vive con su hijo pequeño y una gata. Pilar trabajó durante muchos años como secretaria en unas oficinas de la ciudad, pero desde hace diez años tiene una baja permanente por otro diagnóstico psiquiátrico diferente a la depresión. Sobre esta última, Pilar la ha experimentado varias veces y en varios períodos diferentes de su vida: nunca se prolongó por más de un año, y ya a sus dieciocho años experimentó la primera depresión.

Rocío (Gipuzkoa, 58): es una mujer de cincuenta y ocho años (2014) que ha vivido siempre en una ciudad pequeña de la provincia de Gipuzkoa. Está casada y tiene, junto a su marido, un hijo de diecinueve 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 siempre acudió a nuestros encuentros 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. Rocío ha vivido una única depresión que se prolongó durante tres años, y que comenzó cuando ella tenía cuarenta y seis.

2. 2. 3. Características de las personas participantes (tabla resumen)

A continuación, presento una tabla con las características principales de las personas que participaron en esta investigación, y que tienen que ver con el género, la provincia de residencia, la edad en el momento de la entrevista y en el momento de la(s) depresión(es), el grupo socioeconómico de pertenencia (especificando nivel de estudios y de ingresos), y las actividades en las que pude acompañarlas durante el trabajo de campo.

SEUDÓNIMO	Género	Provincia de residencia	Edad en durante la entrevista	Edad en que sufre la(s) depresión(es)	Grupo socioeconómico actual NE:Nivel Estudios NA:Nivel Adquisitivo	Actividad de acompañamiento
Rocío	Mujer	Gipuzkoa	58	46-49	NE: alto NA: medio	- Encuentros con las amigas
Itziar	Mujer	Gipuzkoa	31	29-30	NE: alto NA: medio	
Iban	Hombre	Gipuzkoa	48	20 33 42-46	NE: alto NA: medio	-Baños en el mar - Asistencia a charlas de tipo cultural
Amets	Hombre	Gipuzkoa	27	23-24	NE: alto NA: medio	- Taller de teatro - Encuentros con amistades
Patricia	Mujer	Araba/ Álava	38	17-33	NE: alto NA: medio	- Milongas de tango
Ainhoa	Mujer	Araba/ Álava	33	18-28	NE: alto NA: medio	- Trabajo en una escuela de idiomas - Salidas de ocio nocturnas
Inma	Mujer	Bizkaia	62	53 58-59	NE: bajo NA: medio	-Clases de pilates -Encuentros con la familia y amigas/os
Pilar	Mujer	Bizkaia	48	18-44 Intermitente	NE: bajo NA: medio	- Clases de pilates - Realización de actividades cotidianas: compras, limpieza, etc.
Joana	Mujer	Bizkaia	31	13-28	NE: alto NA: medio	- Acudir al gimnasio
Carlos	Hombre	Bizkaia	43	14-19 23-24	NE: alto NA: medio	

SEUDÓNIMO	Género	Provincia de residencia	Edad en durante la entrevista	Edad en que sufre la(s) depresión(es)	Grupo socioeconómico actual NE:Nivel Estudios NA:Nivel Adquisitivo	Actividad de acompañamiento
Marta	Mujer	Girona	55	30-34	NE: bajo NA: medio-bajo	- Talleres que facilita de constelaciones familiares - Charlas públicas
Carla	Mujer	Girona	43	28 y 35	NE: alto NA: medio	- Clases de yoga
María	Mujer	Girona	43	25-27 39-40	NE: alto NA: medio	- Clases de acuarobic
Andreu	Hombre	Girona	43	21-23 33-34	NE: alto NA: medio	- Trabajo de profesor en secundaria
Josep	Hombre	Lleida	64	50-52	NE: bajo NA: bajo	- Trabajo de carpintería - Encuentros lúdicos
Helena	Mujer	Barcelona y Lleida	55	30-55 Intermitentes	NE: alto NA: medio	
Anna	Mujer	Barcelona	37	16-33	NE: alto NA: medio	- Círculo de mujeres -Asociacionismo - Talleres que imparte
Iryna	Mujer	Barcelona	34	18-28	NE: alto NA: medio-bajo	- Salidas con los perros - Salidas de ocio nocturnas - Actuaciones como poeta
Andrea	Hombre	Barcelona	40	12-40 Intermitentes	NE: alto NA: medio-bajo	-Asociacionismo - Taller de teatro - Actividades de ocio

2. 3. Análisis de la información: un ejercicio de transparencia sobre el método

En cuanto al análisis, es la fase de la investigación que menos echaré de menos, porque siempre me resultó una tarea aburrida, aun sabiendo lo importante que es para el resultado final de la investigación. La primera parte consistió en la generación de categorías, y la revisión con una directora de tesis (por suerte) extremadamente meticulosa, volver a generarlas, y así durante varias veces. Aquella fue una tarea pesada y demasiado abstracta, o quizás, y ahora que lo veo con distancia, una tarea muy compleja para una investigadora novata como yo. Para realizarla llevé a cabo la revisión de todas las entrevistas y notas de los diarios de campo, para después confeccionar mi primera propuesta de categorías de análisis que, como muestra el Anexo II, estaba dividida en las siguientes: 1) cuerpo (subdividida en cuerpo individual, cuerpo social y cuerpo político, basada en el planteamiento de lo corporal de Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987), 2) agencia, 3) género, 4) recuperación y bienestar, 5) prácticas corporales, 6) crisis vital e identitaria, 7) pluralismo médico y autoatención, 8) memoria, y 9) objetos.

Después llegó el segundo intento de definición de categorías, con la idea de reducir el número y seleccionar cuatro o cinco unidades que pudieran aglutinar la mayoría de información, y comenzar a pensar que otras, como género, cuerpo o agencia, quizás debían ser más transversales. Así, y tras varios intentos, llegué a la última propuesta que aparece a continuación (dentro de un recuadro), donde el cuerpo agente y el género estarían siempre en el análisis, marcando una forma más general de abordar el fenómeno, y las categorías de análisis pasaron a ser las siguientes: fenomenología, crisis vital, biomedicina y pluralismo médico, y recuperación y bienestar, además de memoria y objetos que siempre permanecieron. Unas categorías que además se fueron completando y matizando según iba realizando los primeros análisis de la información: hecho que me avisaba de que algunas cuestiones habían quedado fuera de mi planificación, o de que merecía la pena resaltar algunas subcategorías por su importancia en el total de información empírica.

<p style="text-align: center;">CATEGORÍAS DE ANÁLISIS 19/12/2016</p> <p>1. CRISIS VITAL Y TRANSFORMACIÓN IDENTITARIA</p> <p>1.1. CRISIS VITAL Y VULNERABILIDAD <i>Violencias de género</i> <i>Clase socioeconómica y cultural</i> <i>Edad</i></p> <p>1.2. TRANSFORMACIÓN IDENTITARIA <i>Transformación del yo</i></p>
--

Concepciones emic sobre el origen de la individualidad: base social, base genética, mixta.
Género e importancia en proceso: Cambios en identidad de género para recuperación

2. AUTO-PERCEPCIÓN Y DIAGNÓSTICO, FENOMENOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

2.1. AUTOPERCEPCIÓN

Percepción del cuerpo: dualista, holística
Autopercepción y conciencia corporal/emocional
Imagen y estética corporal
Autodefinición, performatividad y origen del género

2.2. FENOMENOLOGÍA

Categorización investigadora: Emocionales, Somatizaciones, Desconexiones, Autolesiones, Energética, Otras.
Categorización entrevistada: Estado de ánimo, Corporales, Cerebrales, Otras.

2.3. DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Nominalización de entrevistadas
Etiología relatada: Causas de tipo Biológico, Causas de tipo Social, Causas debidas al azar.
Malestar social encarnado

2.4. AUTODIAGNÓSTICO

Razones para autodiagnóstico
Lenguaje: biomédico (médico, psicología, psiquiatría, trabajo social), energético-espiritual, politizado-activista, coloquial, sincrético, otros.

3. BIOMEDICINA, PLURALISMO ASISTENCIAL Y AUTOATENCIÓN

3.1. BIOMEDICINA

Institución y equipo médico-psiquiátrico: Contextualización, Agente vs paciente, Confianza y satisfacción, Relación con recuperación
Psicofarmacología: Toma, Grado satisfacción, Relación con recuperación
Vivencia del diagnóstico: describir si tuvieron o no diagnóstico y cuál era, Estigmatización, Autodiagnóstico.
Espacios terapéuticos dentro de Modelo Biomédico: Contextualización, Agente vs paciente, Confianza y satisfacción, Relación con recuperación

3.2. PLURALISMO ASISTENCIAL

Otras sustancias no Psicofármacos: Toma, Causas, Consecuencias y satisfacción, Relación con recuperación
Otros Espacios terapéuticos y/o curativos: Contextualización, Agente vs paciente, Confianza y satisfacción, Relación con recuperación
Pluralismo asistencial: articulaciones entre las diferentes prácticas
Autoatención: Autocuidado y género

4. RECUPERACIÓN Y BIENESTAR

4.1. PROCESO RECUPERACIÓN

4.1.1. AGENCIA

Autonomía y capacitación para tareas cotidianas
Cambios percibidos: Del exterior/Del interior

Intencionalidad: Objetivo individual o colectiva

Reflexividad

Distancia rol enferma/o

Capacidad de decisión en espacios terapéuticos o de placer

Agencia relacional y colectiva = Interacción con otras personas y el entorno: Tipo de ámbito: Familiares, Amistad, Sexo-afectivas., Vecindad-comunidad, Animales. Tipo de relación: reciprocidad, competencia, otras.

Ámbito laboral: Contextualización, Relación/Reacción, Relación con recuperación.

4.1.2. PRÁCTICAS CORPORALES

Tipo: deportes, terapias *New Age*⁸⁶, terapias biomédicas-psicológicas, prácticas artísticas, prácticas profesionales, prácticas de cuidados reproductivos, prácticas de ocio (viajes, salidas nocturnas, cenas con amigas, etc.), modificaciones explícitas de lo corporal (maquillarse, vestirse, cortar el pelo, etc.), asociacionismo-participación en activismos colectivos, encuentros con la naturaleza, otras.

Temporalidad

Acceso: forma en que se llegó a la práctica.

Beneficios: Individuales o colectivas

4.1.3. TRANSFORMACIÓN IDENTITARIA

4.2. BIENESTAR:

Definición del bien-estar/recuperación

Relación con placer/disfrute

Relación con el discurso terapéutico

5. MEMORIA

Memoria encarnada: experiencias e imágenes que sirve de acceso a la memoria narrativa.

Ejes estructuradores del recuerdo: hitos, encrucijadas, intersticios y articulaciones.

6. OBJETOS y MATERIALIDADES

Objetos: analizar si hay objetos que han sido o son relevantes para la recuperación, que para la persona tienen un valor en el proceso y forma en que se relaciona con ellos.

Agencias no humanas: momentos en los que se habla de entidades no humanas como si tuvieran vida propia (depresión, psicofármacos, etc.).

Durante todo este proceso, iba contrastando si las unidades de análisis cubrían el total de la información a la que necesitaba acceder para refutar o no las hipótesis, además de realizar una categorización que pudiera ser entendida por una persona que, sin conocer a fondo la investigación, llegara a comprender los datos y la forma de organizarlos. Además, realicé un

⁸⁶ El fenómeno *New Age*, o de la Nueva Era, surgió en los años sesenta en EE.UU., como contestación a un contexto de laicización de la sociedad donde se buscaban nuevas cosmovisiones. El nombre proviene porque coincide con el inicio de la Era de Acuario, lo que se interpretó -desde la astrología, el esoterismo y otros contextos ocultistas- como un augurio de que los próximos dos milenios serían de felicidad y serenidad para la humanidad (Ricco, 2017:99-100). Brian Morris (2009:340) define la Nueva Era como “*la resistencia al establecimiento de estructuras institucionales formales, recalca la experiencia religiosa personal y por ende la autoridad puramente individual, y sus intereses se refieren principalmente a este mundo, con el correspondiente acento en la magia ritual, la curación espiritual y la autorrealización*” (Citado en Cornejo y Blázquez, 2013:17).

gráfico en el que se verían interrelacionadas todas estas unidades o categorías de análisis, y que después de varios intentos quedo así:

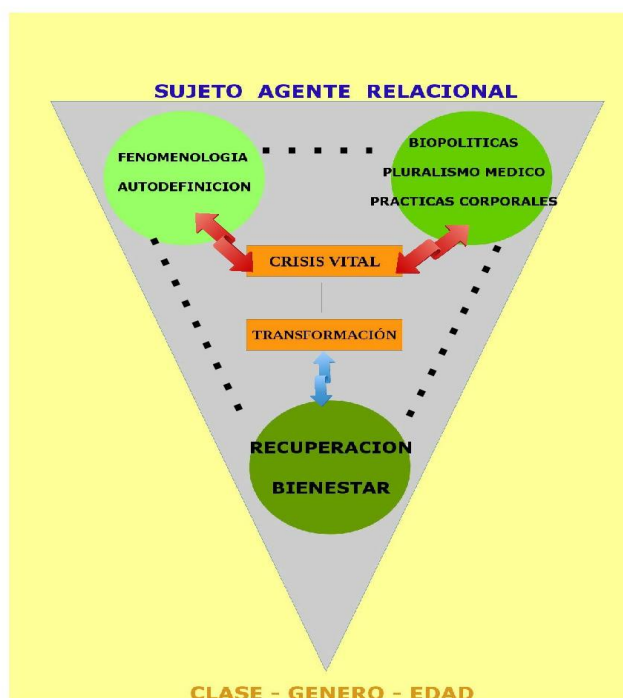


Ilustración 1: Relación entre categorías de análisis

La segunda parte de la fase de análisis, la de categorización de la información empírica, la realicé con la ayuda del programa *Atlas.ti 8*, y fue una tarea mucho más grata y agradable. Por una parte, era maravilloso ver como el trabajo de campo es capaz de desmontar o hacer tambalear ideas preconcebidas: dejar que el campo hable es una tarea que pone en jaque a nuestro ego de investigadoras, pero que es imprescindible para una etnografía en profundidad. Y, por otro lado, era tremendamente conmovedor descubrir cuantísimas ideas y reflexiones surgían cada día alrededor del tema de estudio, muchas de las cuales forman parte de este manuscrito. Además, durante esta parte del análisis, aunque las categorías de análisis no variaron mucho, sí que tomaron un peso distinto al que yo esperaba. Por ejemplo, la relación con las demás personas o seres animados e inanimados, que la anterior relación de categorías se puede ver como *Agencia relacional y colectiva: interacción con otras personas y el entorno* y que forma parte de la unidad “Recuperación y Bienestar”, o como parte del contenido de la unidad “Objetos”, resultó tener un peso tal, que bien hubiera merecido una categoría de análisis propia, y me obligó a replantear los conceptos más básicos de esta investigación (cuerpo, identidad, género, recuperación, etc.) otorgándole un mayor énfasis a la cualidad relacional de los mismos.

De esta forma, si después de analizar la información empírica tuviera que volver a redefinir las categorías de análisis, éstas aparecerían de forma distinta. Una situación que nos lleva a pensar cómo el proceso etnográfico no es algo lineal, sino dinámico, y que muestra la continua retroalimentación de todas sus fases, algo en lo que Honorio Velasco y Ángel Díaz de Rada (2006:93) insisten cuando señalan que no hay momentos fijos en la investigación que comunican unidireccionalmente con otros, sino *“calles que comunican distintos momentos del espacio etnográfico”*.

2. 4. Escritura: la etnógrafa como autora

Clifford J. Geertz (1989:148), en relación a la escritura en la etnografía, dice que las antropólogas siempre nos enfrentamos a *“la cárcel del lenguaje”*. Y en parte tiene razón, porque un texto como éste siempre es una porción de realidad pequeña, muy acotada, restringida por los deseos y antojos de una extraña, y que, además, queda encerrada en sí misma una vez que se ha producido. Pero para mí la escritura también ha supuesto una liberación. Durante cuatro años estuve acumulando experiencias e ideas y escribir me ha permitido crear un conjunto coherente con todas ellas. Crear este texto ha sido la única posibilidad de desenrollar una maraña de reflexiones inconexas e intuiciones aún muy vagas. Tirar poco a poco de los hilos, con palabras y párrafos, y crear un índice que sirviera de urdimbre, ha sido la manera de crear algo para acabar con esa bola oscura, densa e inabarcable, y poder extender todo el conocimiento acumulado -o parte del mismo- para verlo a simple vista.

Mi experiencia como etnógrafa me lleva a pensar que cuando escribimos un texto es cuando más interpretamos. Al organizar el contenido y escoger la manera en que vamos a contarlo, decidimos, más que en ninguna otra fase de la investigación, que quedará fuera y, por tanto, que es más importante contar -siempre desde la opinión segada y situada de la autora-.

Sí, soy autora y no solo escritora de esta obra. Siguiendo las ideas de Roland Barthes (1974)⁸⁷ sobre las diferencias entre estas dos formas de situarse frente a un texto, soy autora en cuanto que he producido una obra etnográfica y no sólo un texto. Y esto es así porque he “creado” una realidad concreta a partir de la realidad que me quisieron contar o que pude percibir. Una realidad confeccionada en cuanto que la describo de esta determinada manera, o cuando decido nombrarla como tal. Una nueva forma de entender el fenómeno de estudio, que espero transmitir a partir de un uso específico del lenguaje, porque la praxis de la escritura es la obra en sí misma. Para elaborar el texto que ahora tiene la lectora entre sus manos, o en su pantalla de ordenador, he tenido que jugar con la

⁸⁷ Citado en Geertz (1989:27).

plasticidad de un lenguaje que permite la creatividad necesaria para entrelazar al detalle⁸⁸ y con detalle los contenidos y las explicaciones que aquí aparecen. Y todo esto, con cierta estética literaria para que la lectora no se aburra y su mirada se deslice por las líneas con fluidez.

Pero, ¿dónde quedan las personas participantes en todo esto? Esta fase de la investigación ha sido la más solitaria, porque sólo la he compartido con mi directora de tesis, que por otra parte, también ha estado en un segundo plano hasta las correcciones finales de cada capítulo, donde comentábamos también algunos de los contenidos o interpretaciones que había hecho⁸⁹. Aunque las participantes de esta investigación son parte de la autoría del manuscrito final, en cuanto a que sus experiencias compartidas son el esqueleto y los músculos de la etnografía misma, soy yo quién crea la envoltura final que le dota de apariencia y de reconocimiento de cara al mundo; la piel es una creación propia, o poco compartida y consensuada. Existen otras formas más colaborativas de crear una obra etnográfica, pero ésta no es una de ellas. Sin embargo, he intentado siempre respetar las interpretaciones que cada persona tenía de su propio proceso de salud-enfermedad-atención, ejercitando la máxima de escribir “acerca de algo”, más que “de algo” o “sobre algo”. He buscando siempre evocar, más que representar o dictaminar sentencias, porque creo que la única forma honesta de hacer etnografía es dejarse envolver por el campo, incluso, cuando se habla sobre él.

En cuanto al producto final, sucede una cosa curiosa: aún siendo autora de la obra, cuando días después leo alguna parte de ese mismo texto, me sorprende, y muchas veces me invade una sensación de extrañeza que es placentera e inquietante a la vez. Placentera en cuanto que sorprenderse a una misma no es fácil, y eso quiere decir que algunas ideas son originales. Inquietante, porque me pregunto si tendré que estudiar mi propia tesis para no perder los conocimientos que he ido acumulando.

¿Cómo explicar tanto extrañamiento hacia la propia producción? Desde el principio decidí que antes de cada capítulo haría un esquema con las ideas principales que quería incluir, y que organizaba ya de una determinada manera. Un primer paso que adelantaba, y mucho, como sería la interpretación. Después, y tras varias horas o días del “momento hoja en blanco”⁹⁰, comenzaba a escribir, y casi siempre, siguiendo las coordenadas que yo misma me había trazado. La redacción del grueso de cada capítulo ha sido como ir a tientas por un pasillo oscuro. Paso a paso, firme pero inseguro, siguiendo siempre la luz de la puerta de salida, iban llegando pequeños fogonazos que ayudaban a iluminar el camino. Y con todos

⁸⁸ La expresión “al detalle” significa vender o comprar algo por piezas pequeñas.

⁸⁹ También Pablo Romero, colega de disciplina y amigo, ha leído parte del manuscrito antes de su publicación, y aportó algunas correcciones, sobre todo en relación al segundo capítulo.

⁹⁰ Al principio de cada capítulo siempre pasé por un período de estar frente al ordenador, sentada durante horas, sin poder escribir nada, completamente bloqueada. Fueron siempre situaciones que me provocaron frustración, hastío, inseguridad frente a la escritura, y muchas veces ganas de llorar. Yo misma los acuñé como “momentos hoja en blanco”.

esos pasos, y todas esas iluminaciones, iba haciendo este texto. Pero claro, días después era imposible recordar cada paso, o al menos yo soy incapaz de hacerlo. Y cuando vuelvo a leerme, siento que la tesis no es lo yo que creía que era. Sorprendida, casi creo que es un ente separado e independiente de mí. Y recuerdo, más que nunca, el dibujo que tenemos como imagen del grupo de *whatsapp* de las compañeras becarias del Departamento, donde una predoctora habla a su tesis, mientras ambas toman café sentadas una enfrente de la otra. Dos agentes autónomos que son una misma cosa: la autora y la obra.



2. 5. Autoetnografía y dejarse afectar por el trabajo de campo

2. 5. 1. El componente autoetnográfico

¿Dónde está la investigadora en este trabajo etnográfico? ¿De qué forma podemos encontrarla o cómo se presenta? El componente auto de esta etnografía tiene dos dimensiones. La primera se refiere a cómo la investigadora y la investigación se afectan mutuamente, cómo entre ellas se crea un espacio compartido que será el único lugar de conocimiento accesible. Y una segunda dimensión, que tienen que ver con la propia autobiografía de la autora, ya que, en el momento en que tuve o quise resignificar mi propia memoria, “descubrí” que en un periodo de mi vida también pasé por una depresión y por su posterior recuperación.

Sobre la primera dimensión, ya han ido surgiendo algunas cuestiones en los epígrafes anteriores. Me refiero a ideas como la influencia de lo emocional entre el campo y la etnógrafa, o las situaciones en las que me dejé afectar, trastocando mi propia corporalidad y sentido de vida, una cuestión que se explica con detalle en el siguiente párrafo. Pero también es una afectación en sentido inverso, y como investigadora he creado espacios de expresión y diálogo para algunas personas que era la primera vez que contaban su vivencia de recuperación en depresiones, y que en encuentros posteriores siempre expresaban cómo esto les había influido: algunas lo sentían como el alivio de una carga, otras como una

oportunidad para comprender y dar sentido a lo que habían vivido, y también como la ocasión para sacarlo de lo privado y romper así con tabúes y estigmas.

Así mismo, mi aparición y presencia se convirtió en una novedad en el campo, que algunas personas recibieron con entusiasmo y otras con recelo. De repente una extraña tocaba a la puerta de su vida, queriendo conocer una parte de su historia que muchas veces sería dolorosa de recordar. Inevitablemente esta situación ponía en alerta a muchas de las personas que colaboraron con la investigación, o les hacía sentirse especiales y reconocidas, dependiendo de cada una y de la propia situación.

También tengo que advertir que mi forma de abordar el tema, por mucho que intentara disimular o esconderla, se colaba en las conversaciones mantenidas, aportando a las participantes nuevas formas de entender sus experiencias. Por ejemplo, al principio de las primeras entrevistas, después de pedirles su consentimiento informado, les comentaba que les iba a preguntar por momentos y características de su “proceso”, y así es como lo iba nombrando cada vez que abordaba el tema. Al revisar el material transcrito caí en la cuenta de que esta situación había “contaminado” la propia jerga emic, y muchas de las participantes, al menos en nuestras interacciones, llamaron a su experiencia “proceso”, mientras me miraban esperando una aprobación o haciendo un guiño, en lo que interpreto como un intento de compartir un mismo lenguaje que yo había impuesto con anterioridad.

En cuanto a la segunda dimensión de lo autoetnográfico, lo que tiene que ver con mi propia historia, pasó algo inesperado durante el trabajo de campo. Cuando iba por la sexta o séptima entrevista, y ya había comenzado con los primeros acompañamientos, un día, y recuerdo bien que fue mientras tomaba la ducha matutina, caí en la cuenta de que mucha de la fenomenología depresiva que las personas me estaban contando yo también la había experimentado cuando apenas tenía dieciséis o diecisiete años. Comencé a recordar: llanto constante, desmotivación por todo, problemas de memoria, aislamiento social, ideas de suicidio, hipersomnia, cansancio extremo, enfado sin motivo, etc. Y todas esas sensaciones y emociones volvieron a brotar, porque nuestra memoria es corporal -*memoria encarnada* que diría del Valle (1999:4)-, y todo aparecía ahora mucho más claro, como si los relatos de las otras hubieran iluminado, y hasta provocado, mi propia historia, y ahora pudiera volver a ella.

Salí de la ducha estremecida por lo que acababa de pasar. ¿Y ahora qué?, ¿tendría que incluirme también como informante? Pero si yo nunca había llamado a eso depresión, ¿tenía sentido después de casi veinte años renombrar a aquello como tal? ¿Por qué nadie de mi entorno cercano lo había hecho? ¿Cómo lo significamos en aquel momento? ¿Cómo acceder a mi memoria sin demasiada distorsión o predisposición? Y finalmente, ¿qué hacer con toda esa nueva información?

Lo único que tenía claro es, que aquella situación vivida a los dieciséis años claramente fue una crisis vital, intensa y dolorosa, propiciada por muchos factores, como ser una adolescente que se sentía diferente y distinta a la mayoría de sus iguales, haber pasado por un desamor romántico junto a la “traición” de la amiga más íntima en aquel momento, y estar en la encrucijada de escoger qué estudiar en la universidad y por tanto, a que me dedicaría seguramente el resto de mi vida (o al menos así lo vivía). Una intensa sensación de malestar, que fue disolviéndose durante el verano, y gracias a los ensayos de danza y teatro de los que formé parte como elenco de una compañía de teatro. Cada día, incluidos los domingos, dedicábamos más de diez horas a la preparación física y emocional que requería la pieza. Yo era la más joven, una aprendiz entre profesionales, y conocí nuevos referentes y experiencias sorprendentes, como tener que raparme la cabeza o aparecer desnuda delante de mil personas. Además, con el nuevo curso escolar, y mi comienzo en la universidad, me mudé de ciudad. Este cambio de contexto fue el empujón definitivo para la recuperación.

¿Pero era la recuperación de una depresión? ¿Tengo que llamarlo así? En el momento en que todas estas dudas me inundaban, decidí preguntar que recordaban de todo aquello a mi hermana, a mi madre y a una de mis amigas cercanas de entonces, para ver si me ayudaba a recoger alguna pista. En general me dijeron que había estado muy mal durante el curso escolar de segundo de bachillerato, que dejé de salir de casa y que bajé mucho las notas, y la relación de todo esto con el amor romántico y la traición de amistad, pero ninguna lo nombró como depresión. Así, que aquello me seguía dejando sola ante la decisión de si renombrarlo o no. Y lo cierto es que a día de hoy tampoco lo he decidido, ni creo que haga falta. Pero si esta misma historia fuera protagonizada por una adolescente de hoy en día, estoy segura de que se nombraría como depresión, porque hace veinte años la psicología todavía no había colonizado tanto nuestro lenguaje lego y la significación de nuestros malestares, tal y como pasa ahora (Illouz, 2010).

Como no pude decidir si cumplía o no el primero de los criterios para formar parte de la muestra, no he incluido mi propio relato como el de una informante más. Sin embargo, creo que mi experiencia me ha proporcionado otro estar durante el trabajo de campo y en general en toda la etnografía. Tal y como se apunta en el capítulo sobre fenomenología depresiva, es difícil establecer la barrera entre la vivencia del duelo y la de una depresión, y también durante la elaboración de esta investigación, y con más intensidad durante la parte del trabajo de campo, estuve elaborando un duelo enquistado por la muerte de una persona muy cercana. Ha sido asombroso, y a veces difícil de narrar, la forma en que ejecutar y experimentar yo misma las prácticas corporales durante los acompañamientos me ayudaba o facilitaba el generar una sensación de bienestar. Quizás no pueda hablar de que he estado experimentado un proceso de recuperación en depresiones, pero sí de que ha sido

un proceso personal de cambio, en el que he encontrado nuevas tácticas y estrategias para sentirme mejor, y que está marcado por una transformación desde la afección y el sufrimiento hacía el goce y la serenidad.

Cómo decía al principio de este apartado, la afectación ha sido mutua, aunque más bien cabría hablar de afectación multidireccional, para dejar de entender a la etnógrafa y su campo como entidades separas, y comenzar a concebirlas como redes de relaciones y experiencias compartidas con mayor o menos intensidad, que se generan de forma colectiva. No es tanto que el campo me afectase a mí y yo al campo, sino que nos creamos conjuntamente en espacios de interacción, porque el campo sin la etnógrafa no existiría, y la etnógrafa sin el campo tampoco.

2. 5. 2. *Dejarse afectar: una puesta en práctica de la percepción participante*⁹¹

Realizar una etnografía encarnada, feminista, y muy centrada en la dimensión fenomenológica, no ha sido una tarea fácil a nivel metodológico, cómo ya he ido apuntando. Me faltaban referentes, porque algunos textos se adentran en la cuestión corporal, pero desde una visión simbólica y muy desapegada de los cuerpos materiales y las experiencias personales y colectivas, o por el contrario, me encontraba con literatura muy centrada en la experiencia personal pero sin una conexión con lo sociocultural.

En esta deriva, a veces aparecían algunos claros de luz que aportaban nuevos elementos para seguir ejercitando este tipo de etnografía, pero que además estimulaban la reflexión sobre la misma. Uno de estos textos ha sido “Être Affecté” de Favre-Saada⁹², que supuso en su momento, no sólo una nueva propuesta metodológica para el estudio de un tema tan clásico en antropología como es la brujería, sino una manera determinada de entender y practicar la etnografía en general.

En el apartado sobre métodos y técnicas de investigación, ya he explicado cómo la observación participante no servía para dar cuenta de lo que sucedía mientras estaba en el campo, razón que me llevó a renombrar mi *estar ahí* como una percepción participante. Esta cuestión, ha sido una apreciación centrada en el ámbito de lo sensorial. Ahora, me gustaría detenerme en la cuestión de la participación, y siempre con la ayuda de las ideas que Favret-Saada (ibídem) dejó como legado en su breve pero clarificador artículo. Un texto que yo conocí después de mi trabajo de campo, pero que me ha permitido entender a posteriori situaciones y experiencias acontecidas, reelaborando de esta forma mi propia memoria como etnógrafa.

⁹¹ Una versión del contenido de este apartado se presentó como comunicación oral bajo el título “Dejarse afectar por el campo. Otra manera de hacer etnografía encarnada”, en el panel *Investigación encarnada: metodologías feministas y afecto* del IV Congreso Internacional de Antropología AIBR, celebrado en Granada, 4-7 de septiembre de 2018 (Zapata, 2018c).

⁹² Publicado por primera vez en 1990, y posteriormente traducido y publicado por Laura Zapata y Mariela Genovesi (2013).

La cuestión principal que tuve que confrontar fue ¿qué supone participar del campo? O al menos, ¿qué ha supuesto para mí como investigadora el *estar ahí* participando? Es difícil pensar una presencia de la investigadora sin participación, por el simple hecho de que entrar en un lugar, por más inmóvil que permanezcas, siempre supone cierta implicación, y ya formamos parte de este contexto⁹³. Pero la actitud que mantenemos cuando estamos allí puede ser muy diversa. Desde visiones académicas positivistas, se ha promovido la idea de que las etnógrafas debemos permanecer distantes, es decir, evitando que el campo nos atraviese emocional, corporal o ideológicamente. Esta posición se defiende desde la idea de que la ciencia debe ser un conocimiento objetivo, y argumentando que la subjetividad de la investigadora debe mantenerse lo más lejos posible de su investigación, para que no contamine los datos que recoge y analiza, como si los datos fueran algo que flota en el aire y que podemos atrapar con redes antisépticas.

Frente a esta idea, creo que bastante ingenua, otras epistemologías críticas en investigación han defendido la importancia de no menospreciar la subjetividad de la investigadora, sino todo lo contrario, darle el valor que tiene como mediadora entre la realidad estudiada y el conocimiento generado. Dentro de esta posición encontramos autoras/es como Favret-Saada (1990:7), que propone estar en el campo de forma total, olvidando incluso cuales son los objetivos o fines de la investigación, dejándonos afectar, es decir, experimentando esa “*carga energética*” de las situaciones en las que estamos, para conocer así, desde nuestro propio cuerpo, que está sucediendo en el campo.

Esta propuesta de Favret-Saada (1990) trasluce la idea de que la investigadora también es parte del campo, pero además no es una implicación limitada, sino que es una participación desde la totalidad de su persona⁹⁴. Esta noción de participación supone varias cuestiones. La primera es, que tendremos que acceder al campo despojándonos de muchos de nuestros prejuicios e ideologías personales y etnocéntricas en casa. Esto es, dejarse afectar de una forma no racional, “*inconsciente*” que dice la autora -coetánea del boom del psicoanálisis-, abandonándonos a la vivencia y a la sorpresa por lo desconocido.

Durante mi trabajo de campo muchas veces no cumplí esta advertencia, y realicé algunos acompañamientos en actividades a los que llegaba esperando ciertas sensaciones, con ideas preconcebidas, y con la certeza de que mis experiencias serían conocidas. Pero hubo una situación que me puso en jaque, y forzó mi propia reflexividad sobre la forma de estar en el campo, y sobre cómo debía ser mi actitud en él, convirtiéndose en un hito de mi biografía como etnógrafa. Pasó cuando Marta⁹⁵, una de las personas participantes, durante nuestro primer encuentro contó cómo las constelaciones familiares eran su principal

⁹³ La etimología de la palabra “participar” proviene del latín, y está compuesta de *partis* (parte) y *capere* (tomar, agarrar).

⁹⁴ Algo que también sugiere Hernández (en prensa) cuando habla de “*desalojar el propio cuerpo*” para dejarse inundar por las realidades del campo.

⁹⁵ Marta (Girona, 55) vivió una depresión durante más de cuatro años, y muchas veces lo nombra como “*crisis espiritual*”.

estrategia para la recuperación. Ella comenzó tomando parte de las sesiones, constelando su propia historia con la ayuda de una acompañante, hasta que acabó formándose para ser consteladora, para terminar siendo, a día de hoy, su profesión principal. También me habló de haber vivido regresiones a otras vidas o de sensaciones con otros seres no materiales. No era la primera vez que una informante me hablaba de esto, otras participantes en la investigación habían relatado sus visiones y encuentros con familiares muertos, o incluso una situación de abducción. Como investigadora, nunca tuve razones para negar la realidad de esas experiencias, y creo que les otorgué el valor que para estas personas tenían en su propio relato autobiográfico, pese a que mi posición personal es (o era) de total escepticismo o incluso incredulidad. Pero cuando yo misma tuve que enfrentarme a la experiencia, debido a mi participación en el campo, la cosa no fue tan sencilla.

Marta, desde un principio me invitó a que acudiera a alguna de las sesiones de constelaciones familiares que ella guiaba. El primer encuentro fue en una charla que ella misma impartía sobre qué son las constelaciones familiares, cómo funcionan, qué nos pueden aportar, etc. Aquella vez hizo una pequeña demostración rápida de cómo se llevan a la práctica, y justo la persona que constelaba su propia historia me eligió a mí entre todas las asistentes para representarla. Una sensación de pavor se apoderó de mí, porque yo sólo iba allí a escuchar, mirar o sentir desde mi silla, cómoda y segura, esperando recoger los discurso y prácticas de Marta sin que me implicará mucho más que pasar la tarde. Pero de repente, me vi envuelta en una situación que desconocía, y en la que se me pedía que sintiera la vivencia de otra persona. Recuerdo que lo primero que Marta me dijo fue que cerrara los ojos y que respirara profundamente tres veces, y luego que intentara reconocer que sentía, sin forzar, y estando “*abierta a lo que venga*”. Yo apenas sentía mucho más que incomodidad, además de inquietud por no hacer lo que se esperaba de mí en esa situación y trincar mi relación con Marta. Así que decidí hacer caso a mi intuición, prever que se esperaba, y utilizar mis conocimientos teatrales para hacer ver que sí que sentía cosas que en realidad no sentía o que yo misma me había inducido.

Cuando salí de allí, regresé caminando a casa. Durante el paseo aproveché para registrar en la grabadora la multitud de dudas e inquietudes que me surgían: ¿por qué me preocupó tanto cuando perdí el control de la situación en el campo? ¿Fue adecuado o ético “hacer teatro” en una situación en la que se me pedía estar abierta y dejarme llevar? ¿Poner los intereses de la investigación por delante de los personales o humanos, es lo que quiero como etnógrafa? ¿Realmente esta actitud en el campo me iba a permitir conocer a fondo el tema que estudiaba? ¿Podría estar de otra forma menos racional y calculadora? ¿Qué iba a pasar cuando tuviera que estar en esa práctica de constelaciones familiares durante todo un día?

Realmente estaba preocupada. Hacía años que había escuchado hablar sobre las constelaciones familiares y algunas amigas me habían contado su experiencia. Yo siempre pensé que era una pseudoterapia con efecto placebo y que sustentaba una ideología muy patriarcal y conservadora, apoyada en conceptos psicoanalíticos e individualizantes. Una de esas actividades a las que nunca hubiera ido si no llega a ser por esta investigación. Pero me asustaba llegar al campo con demasiados prejuicios, y no poder recoger toda la información que podría haber recogido si mantenía una actitud mucho más flexible.

Cuando Favre-Saada (1990) cuenta su experiencia de investigación sobre la brujería del Bocage, en la zona norte de Francia, intenta poner en cuestión la autoridad etnográfica, es decir, propone que el sujeto enunciador no sea la etnógrafa sino que sean las personas que viven ese fenómeno de forma habitual. De la misma forma, yo decidí que mis conocimientos o prejuicios previos junto a esa sensación de incredulidad que experimentaba no fueran el lugar del que explorar, analizar o contar la historia. Así, se me planteó el reto de tener que abrirme con honestidad a todo aquello que ocurriera. Lo mismo que me pedía Marta cuando decía "ábrete a lo que venga". Y llegué a la primera sesión de constelación con este objetivo, aunque ahora desde la distancia no creo que así fuera, porque pretendí conocer que ocurría en esa sala intentando que no me afectara. Seguía creyendo que todo aquello era una farsa, y asistía al evento como espectadora, más o menos activa, pero sintiéndome parte de una ficción o una performance. Veamos un extracto de mis diarios de campo:

[Marta] Al final se ilumina y les pide a lxs constelantes que escojan a un representante de cada unxs de ellxs y otro para su hijo. Justo en este momento el chico de jersey negro dice que tiene que marcharse que son las 12h. Marta le pregunta si no puede esperar a que acabe esta constelación, que seguro que le interesa. El chico dice que son las doce, que debería marcharse. Y Marta un poco autoritaria le dice, -quédate, sí llegas tarde media hora no pasa nada, seguro que te conviene quedarte-, el chaval mira al resto medio riéndose y haciendo un comentario -la maestra, no hay quien discuta con ella- y se queda. En seguida lxs constelantes le eligen a él como hijo, -ves cómo tenías que quedarte- dice Marta, pero en realidad para mí ha sido ella misma quien lo ha inducido [que le eligieran como representante]. (Diario de campo, 06/03/2016)

Sin embargo, ya en esta primera sesión de constelaciones familiares, en algunos momentos hubo situaciones que me afectaron corporalmente sin que supiera por qué, o sin que yo hubiera dejado que pasaran. Una especie de estado intermedio entre negar lo ocurrido y no poder negar la evidencia.

Marta pide al padre que me diga lo que siente y le pide que diga otras cosas que primero ella dice -yo te hago a ti responsable, la culpa de la muerte fue tuya- etc., y

luego a mí que diga otras cosas como -yo no tengo la culpa, lo hice por vosotros- etc. Con todo esto yo acabo llorando, siento mucha pena y lloro, hasta acabar consolando a «mi hijo» y al niño muerto. Esta sensación de tristeza me acompañará incluso hasta después del final de la constelación. (Diario de campo, 06/03/2016)

Dos meses después de esta primera constelación, vuelvo al mismo espacio con el firme objetivo, esta vez sí, de dejarme afectar por el campo, porque si no experimento yo misma las sensaciones, difícilmente podré entender que experimenta Marta, o cualquier otra persona que empleé esta estrategia para facilitar su recuperación en depresiones. Durante esos dos meses de intermedio, intenté convencerme racionalmente de que las constelaciones podrías ser útiles, eficaces y portadoras de una verdad relativa. Me preparé de esta forma para dejarme sorprender y entré en la sala intentando pensar que todo lo que allí ocurriese sería real. Mi propio cuaderno de campo también se transformó:

Llega Marta del baño y comienza a constelar. Le pregunta qué quiere constelar y la chica rubia dice que el tema con su hermano Jou. Al principio no entiendo muy bien la historia, porque habla bajito, y además cuando cuentan las historias se dirigen a Marta y no al resto, la cuenta para ellas. Pero al final me iré enterando que la historia es sobre un hermano con diversidad funcional, Jou, que todavía cuida su padre pero que están gestionando quién se quedará a su cargo cuando el padre muera, y que esto va asociado a ser también el heredero y administrados (el hereu⁹⁶) de las propiedades del padre, al menos hasta que el hermano también muera. A mí me sacan como representante del Jou, y es curioso, porque en realidad al principio no me había enterado de la historia y lo único que siento es bastante indiferencia, sólo quiero ser mirado por el padre, y el resto de los hermanos: ella me parece inferior y el otro hermano me da miedo. (Diario de campo, 15/05/2016)

En esta misma sesión también yo constelé parte de mi historia, intentando probar la actividad en su totalidad, y también porque personalmente tenía temas pendientes que solucionar y podría quizás aprovechar la ocasión para probar nuevos recursos. Durante los cuarenta minutos que duró esa constelación, yo no paré de llorar, también Marta y el resto asistentes cómo suele ser habitual. La atmósfera en las sesiones es de un sentir colectivo y compartido, y supongo que estar abiertas a lo que podamos sentir, arrastra esta consecuencia. Todas las personas que estábamos en esa sala nos dejamos afectar por el campo construido colectivamente, yo incluida.

Después de aquella experiencia, la noción de percepción participante tomó otro sentido, y comencé a desenvolverme en los acompañamientos de una forma algo diferente, porque mi propia disposición corporal era distinta. Aquella experiencia con las constelaciones me hizo

⁹⁶ El heredero.

descubrir que habría experiencias durante mi trabajo de campo que yo no podría explicar de forma racional, pero que podrían tener el mismo valor como información. Favret-Saada (1990) se refiere a estas experiencias como un tipo de comunicación etnográfica que no es mediada por lo consciente, sino por todo aquello ligado al error, a la imaginación, a lo inobservable o a la creencia (ibídem:4), y *“se abre un tipo de comunicación específica con los nativos: una comunicación del todo involuntaria y desprovista de intencionalidad, que puede ser o no verbal”* (ibídem:6), pero que es mucho más efectiva para conocer la realidad nativa que la comunicación verbal planificada, como la producida durante una entrevista.

Cómo la misma autora señala sobre su experiencia, también a mí *“ellos me exigieron que experimentara por cuenta de mi persona (y no por cuenta de la ciencia) los efectos reales de esa red particular de comunicación humana”* (ibídem:5). Así, pasé de una actitud empática, dónde desde la distancia quería identificarme con el lugar de la otra, a un dejarme afectar y aproximarme tanto al sujeto de estudio, que la identificación era con mi propio lugar de enunciación y mi experiencia. De esta forma, en un ejercicio de reflexividad con tintes autoetnográficos, puse en práctica la propuesta de esta autora, y comencé a otorgar a toda esa información no verbal, no intencional e involuntaria el estatus epistemológico que se merecía (ibídem:9).

CAPÍTULO 3

EL QUÉ Y EL CÓMO DE LAS DEPRESIONES. UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA

GOTERAS CEREBRALES

Las cuatro de la madrugada y llueve a cántaros. El comedor de mi casa está mojado; una gota detrás de otra cae del techo al suelo. Agua de invierno, helada que viene por las noches, cuando menos me lo espero. Al bajar la guardia me recuerda, segundo a segundo, que un gusano habita mis entrañas. Una gota, dos gotas, tres, cuatro... y así sucesivamente. No puedo dejar de oír el chasquido contra los muebles. La humedad me visita a menudo, más de noche que de día y veo como, sin poder evitarlo, las uñas de los pies se llenan de moho. Un olor a fiambre asoma por debajo de mi cama, me agarra de nuevo las muñecas y obtura mi garganta con un intento lascivo de una pateticidad digna de enmarcar. Hay goteras en mi alcoba y perdí el cubo para poder apoyarme en el suelo sin que se me hielen las rodillas. Arrugo unas hojas con cualquier mierda decoradas y muerdo mis uñas. Una gota, dos gotas, tres, cuatro... me penetran el cráneo. Estoy poco menos que muerta. No soy un zombi zambullido en las goteras de un recuerdo, no soy víctima, no soy...: disparatadas salen de mi cabeza mientras intento coger fuerzas para apuñalar a los muertos que alquilan la parte baja de mi cama. Media hora más tarde vuelvo a respirar.

(Palabras Dislocadas⁹⁷)

⁹⁷ https://www.facebook.com/pg/PDislocadas/posts/?ref=page_internal [Consulta: 10/10/2018]

¿Qué nos pasa cuando estamos deprimidas? Es imposible encontrar un relato que siempre sea igual sobre la experiencia de las depresiones, porque cada vivencia es muy diferente. Sin embargo, sí que podemos encontrar cuestiones compartidas que, en mayor o menor medida, aparecen en todas las narrativas, y que de alguna forma son las responsables de que las personas -tanto las protagonistas como sus entornos- nombren a estas experiencias como depresión.

En esta investigación, como advertí en el primer capítulo, desarrollo un enfoque basado en el punto de vista de la actora, y los procesos vividos en primera persona. Por esta razón, no interesa conocer los síntomas, que serían los indicios observables por una persona diferente a la que experimenta la depresión, sino que, por el contrario, centro mi análisis en cómo esa experiencia es vivida y narrada por la propia persona. Es decir, busco conocer la fenomenología de las depresiones.

Good (2003:226) escribe a partir de las ideas de Merleau-Ponty:

La fenomenología es una ciencia descriptiva, escribió [Merleau-Ponty], que «ofrece una representación del espacio, del tiempo y del mundo tal como nosotros lo vivimos» y «trata de aportar una descripción directa de nuestra experiencia tal como es...» (1962, p. VIII). El mundo está constituido antes de que nosotros nos adentremos en él; no es un resultado de nuestro pensamiento -nos echan al mundo-. (Y así aborda una crítica del idealismo trascendental.) Es un mundo intersubjetivo, un mundo social y cultural, un mundo que se resiste a nuestro deseo de modelarlo a nuestro antojo, un mundo de hechos y realidades sociales y empíricas del que no cabe desentendernos.

De este fragmento, y en general de la obra de Merleau-Ponty (1993 [1945]), se puede extraer una idea clave: las experiencias (inter)subjetivas difícilmente pueden ser objeto de interpretación, y más vale conformarse con una descripción de las mismas, que en sí misma, se convierte en una gran fuente de conocimiento. Este es el punto de partida para el presente capítulo, que, en su mayoría, es una exposición narrativa de la información etnográfica recogida, intentando siempre respetar el orden, las expresiones y los significados que cada persona participante le otorgó a las palabras, gestos, y acciones que compartió conmigo en relación a sus vivencias durante las depresiones.

Para facilitar la lectura, a lo largo del primer apartado, el que está relacionado con la experiencia fenomenológica de las depresiones, voy a presentar la información en diferentes subapartados, aunque la realidad no está tan compartimentada. Lo que expondré es una clasificación artificial y subjetiva, con el único propósito de ayudar en la comprensión del fenómeno. Comenzaré con la fenomenología de tipo afectivo porque es la

que mayor protagonismo tiene en todas las narrativas de las personas participantes. Seguiré con la de tipo corporal, porque también es central, y además, la primera y la segunda están muy relacionadas entre ellas, y una visión continuada de ambas puede darnos muchas pistas. El tercer tipo de fenomenología que presento es la de tipo cognitivo, es decir, aquella que remite a las llamadas capacidades mentales (pensamiento, memoria, concentración, etc.). Y el cuarto tipo de fenomenología presentada está ligada al ámbito de lo social y relacional. En quinto lugar, dedicaré un pequeño apartado a algunas consideraciones finales en torno a la fenomenología depresiva en general.

Y por último, al final de este capítulo, se reflexiona sobre la idea de las depresiones como *crisis de la presencia*⁹⁸. Es decir, a partir de las evidencias fenomenológicas, la depresión aparece como un *impasse* en la vida que, en última instancia, supone abandonar el mundo compartido y el propio. Una aproximación a este tipo de experiencias, que es algo muy diferente de lo ofrecido hasta ahora por el modelo (bio)médico, y que, por tanto, puede ayudar a entender el fenómeno con mayor complejidad.

3. 1. La fenomenología de las depresiones. Una experiencia múltiple

3. 1. 1. Fenomenología de tipo afectivo

Las personas hablan continuamente de un intenso malestar, de mucho dolor y de mucho sufrimiento durante las depresiones que han vivido. ¿Pero cómo es ese sufrimiento? ¿A qué se refieren con eso? Veamos algunos fragmentos de la investigación, antes de comenzar con un análisis más detallado, y dejemos así que sean las mismas personas las que hablen.

Joana, que en el momento de la entrevista trabajaba como dinamizadora en un espacio cultural de un municipio pequeño de Bizkaia, comenzó con su depresión cuando tenía trece años, y cuenta lo siguiente:

Dormía muchísimo, me iba a la cama y me quería morir, me quería morir, me quería morir [en voz baja] no quería hacer nada, no disfrutaba con nada, es que no, no quería, todo me parecía ¡pfff, pfff, pfff! [gesto de rabia] Claro, yo veo adolescentes ahora que están haciendo prácticas⁹⁹ y es que son un coñazo, son así también, pero claro ya... muy alargado en el tiempo, como casi hasta los veintiuno [años]. Y todo me parecía... o sea, desbordante. Y luego me pasaba mucho... que estaba como paralizada... no saber qué hacer, pero no hacer nada, y pasarme tiempo como, como paralizada en el sofá de casa, -¿Qué hago? ¿Qué hago?- Con una sensación dentro

⁹⁸ Este concepto, acuñado por Ernesto De Martino (2000), se explicará adelante con más detalle.

⁹⁹ En el lugar de trabajo donde Joana estaba entonces.

de ¡grr!, en las tripas, es que las tripas me gritan¹⁰⁰. Con una sensación interna de... super convulsa, pero completamente petrificada. (Joana, Bizkaia, 31)

Andreu, que ha vivido dos depresiones de varios años, cuando le pregunto cómo fue esa experiencia en relación a lo emocional, contesta:

Un malestar que no saps com treure't de sobre, que l'única manera... jo recordo èpoq... o sigui, quan me passava això que... i que amb la medicació... o sigui, era despertar-me al dematí i tenir ganes de tonar-me a dormir, perquè era l'única manera, dormir o morir. Dormir era... almenys estava dormint, sedat, o amb pastilles, o sense, lo que fos, però dormia. Només tenia ganes de dormir, per... i no m'hi passava pas gaire, no sóc... no sóc de dormir gaire. M'aixecava aviat i anava a dormir tard, però... però deies, -¡hòstia!-, com que em costava molt, i em costa molt dormir. És que és una sensació tant... és que no sé com explicar-la, de... de malestar, malestar, malestar de... intern, que no... dius, no saps com dir -prou, prou, prou, para, para, para- però no saps... no hi ha la manera d'aturar això... Mmm... ¿Com ho diries?, és que no ho sé. No és el cor ¿eh?, estàs nerviós, és cert, estàs excitat, estàs nerviós, però el cap et va a mil, tens mil pensaments i... vols frenar-ho de cop això.¹⁰¹ (Andreu, Girona, 43)

3. 1. 1. 1. No querer vivir

Para comenzar, si hay algo que puede señalarse como central en todos los relatos, y no sólo en los hasta ahora presentados, es la experiencia de “no tener ganas de vivir”, “no tener ganas de nada”. Un sentimiento que las personas relatan de muchas formas, pero que siempre evoca una misma sensación: la pérdida de la ilusión por vivir. Por ejemplo, Pilar, una mujer de cuarenta y ocho años que reside en Bilbao, y que ha pasado por varias depresiones desde los dieciocho años, cuando le pregunto cómo fueron para ella esos momentos, contesta:

Bueno, pues que no tenías ganas de vivir, no tenías... digamos... que te despertabas y -¡jo! Estoy despierta, no puedo hacer nada, no puedo... ¡no quiero!- Te cuesta todo mucho y... con ganas de llorar y llorar y llorar... no tener... Siempre cuando he estado deprimida he necesitado ayuda, porque claro no solamente soy yo, es mi hijo que ha sido pequeño y pues bueno, ha habido momentos que yo no le he podido cuidar

¹⁰⁰ En la misma entrevista, más tarde relaciona este “gritar de tripas” con la ansiedad o el nerviosismo extremo.

¹⁰¹ *Un malestar que no sabes cómo quitarte, que la única manera... yo recuerdo épocas, o sea, cuando me pasaba eso que... y que la medicación... o sea, era despertarme por la mañana y tener ganas de volver a dormir, porque era la única manera, dormir o morir. Dormir era... al menos estaba dormido, sedado, o con pastillas, o sin, lo que fuera, pero dormía. Sólo tenía ganas de dormir, pero... y no me pasó nunca, yo no soy de dormir mucho. Me levantaba pronto y me iba a dormir tarde, pero... pero decías, -¡hostia!-, me costaba mucho, y me costaba mucho dormir. Es que es una sensación tan... es que no sé cómo explicarla de... malestar, malestar, malestar de... interno, que no... no sabes cómo decir -basta, basta, basta, para, para, para- pero no sabes... no hay manera de acabar con eso... mmm... ¿Cómo lo diría? Es que no lo sé. No es el corazón ¿eh?, estaba nervioso, es verdad, estaba excitado, estás nervioso, pero la cabeza te va a mil, tienes mil pensamientos y... quieres frenarlo todo esto.*

porque tenía una depresión muy fuerte o porque... Y claro, no te puedes levantar de la cama ¿no? Es una angustia... Tienes cosas que hacer pero no tienes ganas de hacerlas. No sé... es como si las cosas... las cosas ya no tienen ninguna parte de ilusión ¿no? No tienes ilusión por nada. (Pilar, Bizkaia, 48)

Esta pérdida de ganas por la vida, muchas veces se acerca al deseo de morir. Varias de las participantes, todos hombres, relatan varios intentos “activos” de suicidio. Con activo me refiero a que emprendieron acciones destinadas a causar su propia muerte: Andreu¹⁰² se tiró de un puente, Andrea¹⁰³ se cortó las venas varias veces, y Josep¹⁰⁴ condujo un coche sin límite de velocidad. Por otro lado, todo el resto de personas participantes han pensado en la muerte como posible solución a su sufrimiento. De todas ellas, seis emprendieron intentos “pasivos” de suicidio. Con esta idea recojo lo que algunas mujeres y un sólo hombre relatan como “*dejarse morir*”, y se refieren a no realizar las acciones que aseguran su supervivencia con la esperanza de que les llegue la muerte: dejar de comer, dormir todo el tiempo, dejar de asearse, etc. Por ejemplo, Marta, comenta lo siguiente sobre sus sensaciones durante la depresión:

Nada... nada... te hacía ilusión. Nada. Nada... es que de todo, es que todo era un sacrificio. Ir al cine era un sacrificio. [...] Y ya te digo... ¿comer? Era... era un suplicio comer. Y solo veías la muerte y descansar. La cabeza era... ¡horroroso el dolor de cabeza!, unos dolores de cabeza... solamente querer estar sola. Tapada con una manta... que te dejaran morir, de dejarse morir... sería una palabra, dejarse morir, exacto. (Marta, Girona, 55)

Por tanto, la primera característica común en la fenomenología afectiva, es la pérdida del deseo de vida, unido al pensamiento y sensación de que la muerte merece más la pena. Esta idea, que está muy relacionada con el emprendimiento de acciones autolesivas, se abordará en detalle más adelante, en el apartado de fenomenología de tipo corporal.

3. 1. 1. 2. Miedo y angustia

Otra de las ideas que podemos apreciar en casi todos los relatos y que, dentro del ámbito de lo afectivo es algo también central, es la sensación o emoción de miedo, que aparece bajo diferentes formas. Por ejemplo, el relato de Rocío¹⁰⁵, según cuenta ella misma, está centrado en el miedo. Podemos ver muchas situaciones que le provocan esta emoción: a que le pase algo a su hijo o a que él se meta en problemas, a que ella no sepa educarlo bien, a que su madre muriese poco después de quedar viuda, etc. Además, también es común (aparece en siete de los relatos de las personas participantes) el desarrollo de

¹⁰² Girona, 43.

¹⁰³ Barcelona, 40.

¹⁰⁴ Lleida, 64.

¹⁰⁵ Gipuzkoa, 58.

fobias a sitios cerrados, a actividades como conducir, a lugares con mucha gente, a ser tocada por otras personas, etc.

Otro ejemplo sobre esta relación con el miedo es el de Patricia, que sufrió una depresión durante más de dieciocho años, y que cuenta que el miedo ha sido constante en toda su experiencia. El relato de Patricia está marcado por una violación que sufrió cuando ella tenía dieciséis años, y que le provocó una sensación de pánico ante todo cuerpo masculino durante mucho tiempo. El siguiente fragmento contiene anécdotas sobre una de sus relaciones de pareja heterosexuales durante la depresión:

Mis problemas seguían siendo los mismos que antes de conocerle a él [su pareja]. 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 eran reacciones que yo tenía inconscientes a ciertas cosas como colores, al color verde oscuro. 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, eso fue un gran problema. No todo el tema íntimo, porque mucha gente que conozco cuando le explicas esto no lo entienden, ¿no? El problema no es ese, el problema son todos los miedos y todos los problemas que tú tienes, que ni siquiera controlas tus reacciones o tu cuerpo. Eso es, nada más, ni nada menos [risas] qué es mucho, claro. 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, saber que estás enamorada de una persona, que estás a solas con esa persona en tu casa y sufrir esa ansiedad es horrible, no te puedes imaginar lo qué es. (Patricia, Bizkaia, 38)

Patricia relaciona el miedo con la idea de ansiedad, algo que también hacen gran parte de las teorías psicológicas sobre lo emocional, que aseguran que hay pocas diferencias en cuanto a la experiencia subjetiva entre ambas sensaciones. Sin embargo, según Amparo Belloch et al (1995:54-55) que realizan una revisión de teorías psicológicas al respecto, sí que existe una forma de distinguir estas experiencias: el miedo sería una emoción “normal” antes situaciones de peligro que impulsa a la huida, mientras que la ansiedad sería de tipo “patológico” porque no genera la actitud de escape aunque suponga el mismo malestar.

La experiencia de ansiedad, como angustia, nerviosismo, intranquilidad y alarma constante, es también muy común en todos los relatos. Por ejemplo, Itziar, cuenta como su depresión estuvo muy marcada por varios “ataques de ansiedad”, en momentos como estos:

No podía estar en conciertos, o sea, no podía tener un bombo, o sea, no podía estar al lado de una txaranga¹⁰⁶. El sentir el pum-pum-pum-pum dentro me ponía super nerviosa, y me entraba... me entraba la ansiedad. O sea, me daba... es que no podía estar en esos sitios. Entonces siempre estaba lejos de... pues en una esquina, o atrás... O sea, siempre aparte. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Por último, y en cuanto al miedo y la ansiedad, también hay algunas diferencias en función del género. Aunque no he encontrado diferencias significativas entre los relatos de hombres y mujeres sobre la frecuencia de estas experiencias, sí que las hay en cuanto a la fuente del miedo o de la ansiedad. En los relatos de Rocío, Inma, Marta, Patricia, Iryna, Itziar o Ainhoa, se señalan a los hombres, y/o el desarrollo de las criaturas, y/o el amor romántico como motivos por los que se siente intensamente el miedo o la intranquilidad. Mientras, en Andreu, Carlos o Andrea, cuando esto aparece, tiene que ver con el ámbito de lo laboral, o lo económico.

3. 1. 1. 3. Tristeza y llanto

Otra fenomenología común que encontramos en casi todos los relatos, al menos de forma explícita, es la cuestión de la tristeza. Las personas dicen “*sentirse tristes todo el tiempo*”, “*tener un estado de ánimo bajo*”, “*estar decaídas*”, etc. Y mucho más frecuente es comentar la experiencia de continuo llanto. Rocío, que antes he presentado como con un relato muy centrado en el miedo, también comenta que no podía dejar de llorar:

Yo lloraba y lloraba, y durante dos meses no podía hablar con nadie porque sólo lloraba [...] con la música lloraba, yo sólo lloraba en aquella temporada, veía una peli y me emocionaba, me emocionaba mucho. Yo soy muy emotiva, lloro muy fácil, pero yo me he dado cuenta que tenía una labilidad emocional a flor de piel en ese momento. (Rocío, Gipuzkoa, 58)

Pero sobre esta cuestión de la tristeza intensa y constante, hay que señalar dos matices. Primero, que alguna de las personas participantes comentan que a veces esa tristeza no se expresaba en forma de llanto, quizás porque ya se habían “*quedado secas de tanto llorar*”, y como Andrea dice: “*la emoción de estar triste y llorar tiene sus momento álgidos, pero se te agotan las lágrimas de llorar y no te sale como emoción, sólo como agua no te sale*” (Andrea, Barcelona, 40). Es decir, la expresión de esta emoción se puede llegar a quedar en una experiencia solamente interna. O, como veremos ahora en el relato de

¹⁰⁶ Comparsa.

Ainhoa, incluso se puede llegar a expresar lo contrario de lo que se experimenta internamente. Esta alavesa comenta la siguiente situación que vivió un día en su puesto de trabajo, como profesora en una escuela de euskera:

Estando mal anímicamente, estando baja de autoestima, el liderar un grupo de personas es muy complicado, mucho, y a mí me ha pasado el estar en clase, que parece que estás estupendamente bien, coger tus cosas, montar en el coche para venir al pueblo y nada más montarme en el coche una llorera de la leche. Claro, bajas la guardia y... y eso me ha pasado muchas veces, muchas veces en épocas que no estaba bien. Y me acuerdo un día que llegué al euskaltegi¹⁰⁷ y yo soy muy dicharachera, muy -jah! y jajajja- [hace ruido de jaleo] y llegué y estaba el director del euskaltegi y -oye ¿qué pasa?, ¿qué tal?-, y me dice -joe que pasada, qué contenta estás últimamente-, y yo estaba con un bajón impresionante. Me acuerdo que dije eso y ¡fum! [gesto de ir hacia abajo] Y le dije -pues justamente no estoy lo más alegre del mundo- y -jah! ¿Sí? Pues no sé, como estas así, te veo últimamente como muy risueña-. Me acuerdo que me fui al baño directa a llorar porque se me saltaban las lágrimas allá de decir -qué mal lo estoy pasando y qué imagen doy completamente diferente-. Y eso por ejemplo me hizo sentir muy mal conmigo misma porque vale, está guay que no se te note, pero es que doy la impresión justamente contraria, y qué falsa soy, ¿no? Pero más que qué falsa, qué máscara, y más conmigo misma, qué máscara me pongo. Y muchas veces me veo que para cuando muestro a las personas que tengo al rededor que estoy mal, para entonces ya estoy fatal. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

Y el segundo matiz sobre la cuestión de la tristeza, es en relación a la forma en que este malestar se expresa y su relación con el sistema de género. La forma de experimentar y expresar lo emocional está determinada por lo cultural, y una de las características de las sociedades heteropatriarcales, como la vasca y la catalana, es que se muestran diferencias en este ámbito entre hombres y mujeres. En este sentido, es interesante señalar que es mucho más frecuente que las mujeres participantes en esta investigación relaten una expresión de la tristeza en forma de llanto, mientras que son pocos hombres los que han hecho referencia a este hecho, aunque casi todos decían haber estado tristes o melancólicos. Josep es la única persona que no llegó a sentir la tristeza, tal y como comenta:

Bueno, triste no. Triste no me sentía. Me sentía... o sea, eufórico pero apagado. No sé si me explico. Eufórico pero apagado, estaba apagado... Una euforia que me daba un momento, pero luego ¡pum!, me apagaba. Como si hubiera un volumen, ¿no? Le

¹⁰⁷ Escuela de euskera para personas adultas.

dabas al volumen y luego se apagaba el volumen. (Josep, Lleida, 64)

Esta idea de decaimiento, y no tanto de tristeza, como central en la narrativa también está presente en Andrea, otro hombre, y que, según cuenta, sufre de depresiones [o estados depresivos] desde la infancia:

Depende de la época, cuando eres niño por ejemplo no lo manifiestas como tristeza, hay una 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, jagg, agg! [hace gesto de ahogo, con sus manos apretando el cuello], que te ahoga. Tiene ese punto de ansiedad de que sientes la mano que te está ahorcando que no entra ni el aire. (Andrea, Barcelona, 40)

3. 1. 1. 4. Ira y enfado

El tema del enfado, la rabia o la ira como emociones o sensaciones que aparecen durante la depresión, también es algo que está presente en muchos relatos. Un trabajo de investigación mexicano sobre la experiencia de la depresión en hombres (Fleiz et al., 2014) señala que hay diferencias significativas respecto a lo relatado por mujeres, y que en ellos son más frecuentes experiencias de rabia y enfado, que de llanto. Sin embargo, en mi muestra bastantes mujeres relatan que se sentían enfadadas y con mucha rabia durante sus depresiones, y además lo manifestaron contra otras personas, y por otro lado, sólo Josep y Andrea hacen alusión a estas mismas experiencias. Por ejemplo, Iryna comenta:

Bueno, pues estábamos en un pub y un tío me tocó el culo. Realmente yo no estoy contenta de esto.... [mientras sonrío] y le pregunté -¿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 si no?-. 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 [amiga con la que estaba] 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, por qué hacía todo esto. A mí se me va la castaña y podía acabar con el que tenía delante y me daba igual. (Iryna, Barcelona, 31)

Es decir, a partir de la etnografía que yo realizo no podría sacar las mismas conclusiones que el estudio de Clara Fleiz Bautista et al. (2014). Quizás estas diferencias se deban a factores culturales que sostienen sistemas de género distintos (en la investigación de Fleiz et al. sólo participaron hombres residentes en México), o si en algún momento fueron compartidos, quizás habría que reflexionar sobre cambios en el ámbito de lo emocional y

en relación al género en las sociedades vascas y catalana en los últimos años. Pero con una muestra tan pequeña como la de este estudio, sólo se pueden sugerir ideas, y no caer en la tentación de plasmar conclusiones.

3. 1. 1. 5. Culpa

Una última cuestión sobre lo afectivo, que tiene una relación directa con el género, son las referencias a la culpa. En el relato de bastantes mujeres, y en ninguno de los hombres, esta emoción aparece frecuentemente con expresiones como: *“la culpa me mataba”*, *“todo el tiempo me sentía culpable”*, *“me creía culpable de lo que pasaba”*, etc. 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, no podemos impedir que otras personas enfermen, o enfadarnos cuando alguien nos trata de forma irrespetuosa. Empero, a ellas les inunda un sentimiento de carga o de compromiso con lo que sucede, del que carecen los hombres. A este respecto, Itziar Etxebarria (1998) ha señalado las 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.

3. 1. 1. 6. Imposibilidad de placer

Por otra parte, y abandonando las cuestiones relacionadas directamente con el género, algo que también es muy frecuente, como parte de la fenomenología depresiva en el ámbito afectivo, es no poder sentir placer con las actividades o situaciones que hasta entonces lo permitían, como comer, practicar sexo o tomar una ducha. Amets, Iban o Andrea lo denominan anhedonia, que es la forma (bio)médica de llamar a la incapacidad por sentir placer. Por ejemplo, Amets, que es médico de profesión, dice:

Yo estaba en una situación, y leo la palabra anhedonia, esa dificultad para vivenciar el placer. Yo viví eso, viví la anhedonia. Viví la anhedonia completa durante meses. Yo podía estar, seguro, al menos durante una semana sin estar con una sensación de placer. Es muy duro eso [sonrisa] igual se dice así rápido... igual hay que vivirlo para entenderlo. (Amets, Gipuzkoa, 27)

Otras de las personas se refieren a la misma sensación con diferentes palabras. Por ejemplo, Ainhoa, que estuvo durante más de una década sufriendo una depresión, cuenta lo siguiente sobre lo que pasó en un viaje de ocio que realizaba con unas amigas:

A mí me pasó en aquel viaje y me pasa en otras situaciones también de disfrute, que no conseguía disfrutar del todo, que estaba en tensión, y eso también me

obsesionaba porque -me lo estoy pasando bien, pero no estoy disfrutando, sé que no estoy disfrutando todo lo que podría disfrutar-. O sea, una obsesión de -tengo que disfrutar-. Es que me veía que no estaba siendo del todo yo, que no estaba relajada.
(Ainhoa, Araba/Álava, 33)

Esta idea de la desaparición de la sensación de placer está relacionada con la pérdida de las ganas por vivir, de la que se habló al principio de este apartado. Por ejemplo, Marta¹⁰⁸, que hablaba de la sensación de “*dejarse morir*”, deseaba la muerte porque lo veía como un descanso ante todo el malestar que sentía por aquellas cosas que hasta entonces le producían placer o satisfacción: ella decía “*comer era un suplicio, llevar a las niñas al colegio era un suplicio, todo era un suplicio*”.

3. 1. 1. 7. Pérdida de lo afectivo

Para finalizar este apartado me gustaría recoger una última característica sobre la fenomenología de tipo afectivo. Hace un momento se decía que había una pérdida de las sensaciones de placer, pero para algunas personas, como para Iryna, Helena o Andrea, la depresión también significa en algunos momentos perder el resto de sensaciones, y relatan haber experimentado una disminución muy aguda en la percepción de los cinco sentidos, pero también de la propiocepción o incluso de la sensibilidad ante el dolor por una fractura ósea o una herida severa en la piel. Veamos dos fragmentos. El primero es de Helena, que tiene un relato muy centrado en esta falta de sensaciones, y el segundo es de Andrea, que relaciona esta situación con una desconexión de lo corporal:

Helena (Barcelona, 55): Yo ese, relax, relajarse [...] No sé, si por ejemplo la sensibilidad... la sensibilidad física... [profunda aspiración] En cuanto empecé a relajarme, iba muy relacionado con el relax, una cosa es la tensión, de, de... lo otro ya [expira profundamente] vivir un poco más... normal, entonces.

Andrea (Barcelona, 40): 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.

A esta disminución de la sensibilidad física, se suma la imposibilidad, ya no tanto de sentir, pero sí de reconocer las diferentes emociones que se experimentan. Algo que podemos entender mejor con la siguiente cita de Iryna, que tiene un relato muy centrado en lo corporal y lo emocional:

¹⁰⁸ Girona, 55.

Iryna: *Y yo creo que el cambio más bestia ha sido recuperar el cuerpo que yo lo tenía un poco perdido.*

Antropóloga: *Cuando hablas de recuperar el cuerpo, ¿a qué te refieres? ¿a volver a tener sensaciones?*

Iryna: *Sí, aparte de recuperar la sensibilidad y tal, que parece súper extraño, pero sí. Recuperar la conciencia de que tienes un cuerpo, de que caminas, de que te sientas, de que puedes padecer y de que puedes estar feliz también. Es que, de hecho, llegó un momento que no sabía por qué sentía las cosas, y un ejercicio que hice con la terapeuta mía fue apuntarme lo que creía que sentía, con quién... es que es súper importante saber lo que se siente ¿no? (Iryna, Barcelona, 31)*

Si volvemos al relato de Iryna, -y siguiendo la propuesta de Labanyi (2014) sobre lo emocional¹⁰⁹-, ella se quejaba de que no podía poner nombre a lo que sentía, incluso en aquellas veces en que sí estaba pudiendo ser consciente de que había alguna sensación física en su cuerpo. Es decir, había afecto y sensación, pero no llegaba a cuajarse la emoción porque no conseguía nombrar y por tanto significar lo que experimentaba. Esta cuestión, como la propia Iryna comenta, está muy ligada a la desconexión que ella experimenta en general con todo lo corporal, una idea que retomaré en el siguiente apartado.

Recapitulando, se podría decir que las personas que han participado en esta investigación, en general, comparten un tipo de fenomenología depresiva de tipo afectivo caracterizada, sobre todo, por una desgana ante la vida, y un deseo, en muchos casos, de muerte o de no existencia. Además, la depresión es una experiencia muy marcada por las sensaciones y emociones de tristeza, miedo, culpa o rabia, donde el género estará determinando la forma de experimentar y expresar las mismas. Y también desaparece la capacidad de sentir o de reconocer las propias emociones, especialmente aquellas que pueden nombrarse como placenteras o satisfactorias.

3. 1. 2. Fenomenología de tipo corporal

Los relatos recogidos muestran dos tipos de fenomenologías principales, y muy relacionadas entre ellas: la afectiva y la corporal. A continuación, presentaré algunas ideas y patrones comunes sobre las experiencias corporales, que podrían ser claves para entender los procesos de depresión, y como en el apartado anterior, que pueden darnos pistas sobre una fenomenología depresiva común.

¹⁰⁹ Se comentó en el primer capítulo, dentro del apartado de lentes etnográficas.

En general, algo que aparece de una forma unánime en todas las narrativas es la idea del cuerpo como un ente separado del yo, es decir, lo corporal se convierte en una traba, un obstáculo, y/o un lastre para la persona. Podemos encontrar insinuaciones de esta idea en los siguientes fragmentos de relatos: el primero es de Patricia, que responde lo siguiente cuando le pregunto por experiencias de tipo corporal durante algún momento de los dieciocho años que duró su depresión.

Patricia: *Lo corporal, nada, yo no sabía lo que era, yo no era capaz de mantener una respiración abdominal, no.*

Antropóloga: *¿Pero lo intentabas?*

Patricia: *alguna vez lo intenté, claro. Por ejemplo con la claustrofobia, cuando me subía a los aviones, yo por entonces necesitaba medicarme porque no había forma humana de controlar mi respiración. Yo llegaba un momento en que me empezaba a marear, empezaba a sentir calor, frío, se me dormían las extremidades, no era capaz de controlar mi cuerpo. Era como una botella totalmente taponada, ¿no? Era una forma de compensar la presión que yo tenía dentro, pero realmente eran como parches. Yo no llevaba bien el tener momentos en los que de repente tenía que aguantarme a mí misma, por decirlo de alguna manera. No podía, porque me venían todas las emociones, me venía todo y aquello me superaba. Entonces era mi forma de no enfrentarme con lo que realmente a mí me estaba sucediendo¹¹⁰. Bueno, también fue una forma de salir adelante, enfocar mi atención en cualquier cosa, yo no estaba preparada para enfrentarlo, y lo que hice fue en concentrarme en cosas de fuera para evitar ese enfrentamiento. (Patricia, Araba/Álava, 38)*

El segundo fragmento es del relato de Itziar, para quien lo corporal es central en todo su proceso de salud-enfermedad-atención.

En el proceso mi cuerpo ha sido como un enemigo... A ver, mi cuerpo, fue mi cuerpo el que me avisó que estaba mal, ¿no? No fue mi mente. Yo creo que la mente está dentro del cuerpo, pero... pienso así, pero... luego no, no es así en la práctica. O sea, en mi vida no es así. Aunque piense que la cabeza es parte del cuerpo. Yo hago, bueno, tengo aquí... puedo, podría vivir sólo con el cuello [ríe] sólo de cuello para arriba. Entonces pues, pues bueno, yo nunca he sido amiga de mi cuerpo, pero, por ejemplo, bueno, pues puede ser, o sea, me avisó que estaba mala, o que estaba, ¿no? Que me pasaba algo. Le puedo dar las gracias por eso [ríe]. (Itziar, Gipuzkoa, 33)

¹¹⁰ Aquí se refiere a un periodo de su vida en que estuvo realizando múltiples deportes de aventura (*puenting*, paracaidismo, etc.)

Tanto Patricia como Itziar hablan del cuerpo como enemigo, o como algo a lo que tuvieron que enfrentarse. Esta noción de lo corporal, que además es central en sus relatos, también lo encontramos en las narrativas de Carlos, Andrea, Joana, Anna, Ainhoa, Helena, Marta e Iryna, es decir, en bastantes participantes de la investigación. En el resto de personas también aparece, pero quizás no con tanto foco. Y en general, como hemos visto, la visión que predomina sobre lo corporal es de tipo dualista, es decir, sostienen la ideología de que el cuerpo es algo separado de la mente. Un cuerpo, además, que aparece como objeto, y que ellas/os como sujetos (desencarnados) difícilmente pueden controlar.

Por tanto, todas las personas muestran una relación conflictiva con lo corporal como parte de la fenomenología depresiva, y además, para muchas de ellas es algo central y muy característico de sus depresiones. ¿Pero cómo se expresa este conflicto o malestar de tipo corporal? Para facilitar la exposición, a continuación realizaré una categorización provisional de las mismas en: somatizaciones, desconexiones, y acciones autolesivas¹¹¹ (término este último que recojo de Casadó, 2011).

3. 1. 2. 1. Somatizaciones

Dentro de las somatizaciones podríamos incluir aquellas vivencias en sentido negativo, como no tener hambre, sueño, o energía vital suficiente para levantarse de la cama, y otras en positivo como sufrir jaquecas, taquicardias, dolores de pecho, etc. En cualquier caso, serían cambios fisiológicos o dolencias físicas que no responden a causas físicas, pero que son padecidas por las personas.

La fenomenología corporal en forma de somatizaciones, es algo muy frecuente, al menos, para las personas que formaron parte de esta investigación, y se expresa de formas muy diversas. Por ejemplo, en relación al sueño hay personas que aquejan problemas de insomnio, y otras todo lo contrario, se lamentan de que duermen demasiado. Andrea¹¹² contaba en uno de nuestros encuentros que sabe que está volviendo a estar mal porque lleva más de una semana sin dormir bien, que esto siempre le pasa cuando va a comenzar con una crisis fuerte de depresión, y que para él es el principio de todo, “*porque si no duermes bien, es fácil que luego todo vaya peor*”. Y, por otro lado, está la vivencia de Joana, que explica cómo la depresión para ella es estar cansada todo el tiempo y dormir constantemente:

Iba en coche muchas veces que iba a clase, y me iba a dormir al asiento trasero del coche. Y también que si, por ejemplo, tenía clases salteadas, yo me iba a casa y me iba a dormir, y también que, si tenía clases y terminaba a las tres, yo me iba a casa y

¹¹¹ Esta categorización no está contrastada con ideas o teorías de otras autoras, sin embargo, para mí ha sido muy útil porque me ha permitido organizar la información.

¹¹² Barcelona, 40.

me tiraba durmiendo hasta el día siguiente. Y ya no era por el tema éste de me tiro durmiendo porque no quiero hacer nada. Era... estoy haciendo lo que estoy haciendo, pero me... me resulta tan trabajoso que estoy muerta. O sea, yo creo que ahí sí que hubo un pequeño cambio en el tema de lo mucho que dormía, uno era no quiero estar despierta, y el otro era qué cansada estoy de las cinco horas que he estado hoy en la universidad [risas]. (Joana, Bizkaia, 31)

Este tema del cansancio que apunta Joana también está muy presente en otros relatos. Pero en el de Anna toma un cariz especial. Esta pamplonesa de origen, y residente actualmente en Barcelona, comenzó con su depresión con dieciséis años (en el momento de nuestra primera entrevista tenía treinta y siete), y fue una experiencia muy marcada por el consumo constante de *speed*¹¹³. Según explica, ingerir esta droga a diario, además de generarle una dependencia de la sustancia, fue la estrategia que empleó para luchar contra el agotamiento continuo que experimentaba durante su depresión. Algo que narra de la siguiente forma:

La movida es que yo empecé a drogarme cada vez, cada vez más. Y el recuerdo que tengo es de sentir energía, que era lo que a mí me faltaba. Claro la depresión es falta de energía, como que no tienes nada de vitalidad, no sabía qué quería, estaba así como muerta. (Anna, Barcelona, 37)

Y después, sobre cómo fue el proceso de deshabituación con estas drogas, dice:

Yo pasé un proceso de desintoxicación muy fuerte a nivel físico, de dormir mucho. Claro, para mí el dormir siempre ha estado relacionado con la depresión, con no poder hacer cosas, con falta de energía, con algo feo. (Anna, Barcelona, 37)

Además del tema del sueño o del cansancio, otra de las somatizaciones que aparecen con más frecuencia es la de no tener ganas de comer, o por el contrario, comer más de lo habitual y de forma diferente a lo acostumbrado. En los casos en los que se pierde el apetito durante tiempo (relatado por mucha de las personas participantes) además, se produce una pérdida de peso acuciada, como cuenta Amets¹¹⁴, cuando comenta que “*pasé de pesar 69 kg a 63 en muy poco tiempo*”. Y en los casos contrarios, cuando se tiene más apetito del habitual, lo que sucede es que se engorda, y como Rocío¹¹⁵ dice, “*no sólo era por la medicación, sino porque yo no paraba de comer, y comía raro*”.

Por otro lado, están el otro tipo de somatizaciones que he nombrado en sentido positivo, y que tienen que ver con dolores o disfunciones físicas sin causa orgánica aparente (mareos,

¹¹³ “El speed es una droga sintética cuya base es el sulfato de anfetamina [...] Sus principales efectos son sensación de bienestar, incremento en el nivel de alerta y en la capacidad de concentración, disminución de las sensaciones de cansancio, sueño y hambre, y dilatación pupilar.” Extraído de <https://www.infodrogas.org/drogas/speed> [Consulta: 01/10/2018]

¹¹⁴ Gipuzkoa, 27.

¹¹⁵ Gipuzkoa, 58.

cosquilleo de extremidades, taquicardias, problemas de respiración, etc.). Por ejemplo, Ainhoa¹¹⁶ cuenta que siempre se despertaba con dolores musculares por todo el cuerpo, o que parecía que “*el corazón se iba por la boca*”. Además de estas sensaciones que responden, según la misma Ainhoa, a que todo el rato “*mi cuerpo estaba en tensión*”, aparecen otras somatizaciones, como las que relata Anna, que comenta que durante los años de depresión sufrió muchos dolores físicos: en la rodilla, en la cabeza, en la espalda, en la cadera, etc. Dice:

Esto que te he contado de que tenía problemas físicos, yo cuando me estaba drogando [primer período de su depresión] sentía como mi cuerpo se estaba encogiendo, notaba además cómo este movimiento [hace gesto de retorcer algo entre las manos], y notaba que se estaba encogiendo. Yo recuerdo que me dolía un montón, lo pasaba muy mal. Me dijeron que tenía una vértebra cogida de aquí [señala las cervicales]. Bueno, que había muchas partes de mi cuerpo que se estaban como encogiendo [...] También para mí el cuerpo es lo que la boca no llora, o sea, lo que el alma no llora... yo eso también lo he vivido en mis carnes. (Anna, Barcelona, 37)

Por último, me gustaría apuntar, que otra de las somatizaciones señaladas es quedarse “*petrificadas*” o paralizadas. En algunos casos, como el de Joana¹¹⁷, ella lo explica por la falta de ganas de hacer cualquier actividad, pero Helena lo narra como que, pese a haber deseado en ese momento poder realizar ciertos movimientos, era incapaz de articularlos. Y lo comenta de la siguiente manera:

Yo me cerraba, me enquistaba, era como un callo... una cosa... no, no, no poder... de piedra, no sé, estaba como un mueble. No orinar en todo el día, no beber en todo el día, pero es... ese fue el tiempo que estuve peor... y no te creas y trabajando y así... luego siguió un tiempo. Sí, ese olvido del cuerpo lo he tenido durante tiempo. (Helena, Barcelona, 55)

3. 1. 2. 2. Desconexiones corporales

Esta categoría de la fenomenología de tipo corporal se refiere a todas aquellas experiencias en las que el propio cuerpo aparece como un ente exterior al que no se pertenece. Esta situación puede darse de múltiples formas. Iryna, como ella misma comenta, ha tenido una experiencia de depresión muy marcada por la desconexión corporal, y cuenta varias anécdotas al respecto. La primera es la siguiente:

¹¹⁶ Araba/Álava, 33.

¹¹⁷ Bizkaia, 31.

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 una tía buena [risas], una heroína súper grande, y siempre me la imaginaba como que estaba encima mío, como más alta que yo de alguna manera. Y cuando me faltaban a mí las fuerzas, físicas o emocionales, 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. (Iryna, Barcelona, 31)

Iryna, que durante mucho tiempo firmó escritos con esta segunda identidad, y que ella misma escogió ser nombrada de esa forma en esta investigación, señala una experiencia que también han vivido otras de las personas participantes: crearse otra identidad, duplicarla, o en cualquier caso, querer renunciar a la propia. En este sentido, podemos entender otros comentarios que han aparecido, como el de Inma¹¹⁸ cuando dice “*aquella no era yo*”.

En esta misma línea de la negación o la imposibilidad de auto-reconocimiento, Andrea¹¹⁹ nos habla de *extrañamientos*, entendiendo éstos como la realización de determinadas acciones corporales, como escribir en el ordenador o leer y subrayar un libro, y luego no tener conciencia de lo que se hizo, sorprendiéndose posteriormente del hallazgo por no recordar el momento de la producción. O por ejemplo Josep¹²⁰, que olvidó la forma en que trabaja en su taller de carpintería con las máquinas o los materiales. Él, que desde los ocho años comenzó con este oficio, olvidó todo lo que sabía a partir de su depresión, y tuvo que re-aprender ese *trabajo corporal*. Estas escenas indican de nuevo una identidad deshabitada, donde la persona “olvida el cuerpo”, como decía Helena en la última cita del apartado anterior.

Otras situaciones que siguen apoyando esta misma idea, también muy comunes en los relatos de Iryna, Carlos, Helena, Joana, Andrea, Marta y Patricia son las que se refieren a dejar de sentir el propio cuerpo. Algo que ya veíamos en el apartado anterior con la imposibilidad de percibir sensaciones físicas como la necesidad de orinar o comer, o también la incapacidad de reconocer las propias emociones o el dolor físico. Otro ejemplo más sobre esto es la anécdota que Iryna cuenta sobre un viaje que realizó con un amigo:

Porque llega un momento que me... que no me sentía el cuerpo. Cuando yo empecé a recordar lo de Joan¹²¹ 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

¹¹⁸ Bizkaia, 62.

¹¹⁹ Barcelona, 40.

¹²⁰ Lleida, 64.

¹²¹ Violación que sufrió con dieciocho años por parte de su pareja de entonces, Joan.

momento en que me fui ese verano con un colega a hacer vivac¹²² 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 cómo 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-. (Iryna, Barcelona, 31)

Por último, otras situaciones que refuerza esta idea que se va repitiendo de la desconexión con lo corporal durante las depresiones, son la imposibilidad de reconocerse a una misma en una foto, como le ocurrió a Iryna, o en un espejo, como le pasó a Andrea. En todos estos hechos se puede apreciar ese “alejamiento” de una/o misma/o, como comenta Carlos, cuando le pregunto cómo fue la expresión de su depresión en relación a lo corporal:

Carlos: Disociado. O sea, el cuerpo lo empecé a trabajar en la psicoterapia a partir de los treinta y tantos, treinta y pocos, creo que fueron. Hasta entonces... ahí me di cuenta de la disociación de mi cuerpo, es decir, el no tenerlo en cuenta, el vivir a pesar de mi cuerpo. El plantearme cuál es... cuál es la imagen que tengo yo de mi cuerpo, cómo creo que es, ¿es una imagen cercana a la realidad?, ¿es así o no es así? Todo eso lo tenía como bastante tapado, lo tuve como bastante tapado. Y desde luego en la época de la depresión... que sí, vamos... o sea, el recuerdo que tengo es de muy poco cuerpo.

Antropóloga: ¿Te refieres al nivel de sensaciones físicas, por ejemplo?

Carlos: A nivel de ponerlo en juego. Bueno, las sensaciones físicas siempre están. Claro, la cuestión es, de entrada, si las atiendo o no las atiendo. A ver cómo lo explico [piensa]. Por ejemplo, estaba pensando, y también me vienen unas sensaciones por ejemplo de las piernas, ¿no? Tengo los codos apoyados, todo el rato con la espalda así, como los hombros encogidos, ¿no?, tirado hacia delante... Ahora por ejemplo lo veo, lo tengo presente. Y eso es algo relativamente reciente para mí. Entonces no estaba, o sea, el cuerpo era algo que... que sí, está ahí, ¿no?, pero que es... que lo que me ocupa son otras cosas, más hacia lo racional, hacia las racionalizaciones, hacia... no sé ¿nunca has tenido esa sensación de disociación del cuerpo, de tener el cuerpo lejos? (Carlos, Bizkaia, 43)

Todas estas situaciones en relación a lo corporal, recuerdan las ideas de Burín et al. (1990:93), que describen las depresiones como un *cuerpo negado*, frustrado y privado de placer y erotismo, pero también como una “*fragmentación de la vida o de la identidad*”

¹²² Dormir al raso o la intemperie sin techo alguno.

psicológica” (ibídem:96), porque la persona no tiene acceso a ella misma, a su cuerpo. Estas autoras señalan estas ideas en relación a las mujeres, para enfatizar además que la depresión es un malestar feminizado. Sin embargo, creo que esa misma descripción que realizan sobre lo corporal también puede extenderse al total de las personas participantes en la investigación. Esta idea de la negación del cuerpo, se retomará con fuerza más adelante en el apartado sobre crisis vital.

3. 1. 2. 3. Acciones autolesivas

Dentro de esta categoría de la fenomenología de tipo corporal, incluyo, en primer lugar, aquellas actividades que la propia Iryna llamó “autodestructivas”, como consumir sustancias estupefacientes en exceso, pernoctar por costumbre, comer mal, fumar demasiado etc. y a las que las personas les otorgan un significado de autolesión, y que son atribuidas al no cuidado de sí misma. Y en segundo lugar, estarían los intentos de suicidio o ideaciones autolíticas, que aparecen con frecuencia en algunos relatos.

Sobre las primeras, las acciones “autodestructivas”, son varios hechos los que narran las personas, aunque hay uno que es común en casi todos los relatos: dejar de ducharse o afeitarse, incluso durante semanas. También fumar o beber de forma compulsiva, como Josep¹²³ contó, y que a día de hoy sigue haciendo, pero sin el mismo objetivo de entonces. Según explica, hoy fuma y bebe mucho porque tiene ese vicio, pero entonces, durante su depresión, lo hacía porque no le importaba morir. También es frecuente dejar de comer, y esto puede ser porque la persona no tiene la sensación de hambre, y/o porque aun sintiéndola no tiene la energía suficiente para emprender las acciones de comer, y/o porque le da igual morir de inanición o incluso lo desea. Helena, que tienen una relación cercana con la muerte porque ha pasado ya por dos cánceres y está enfrentando un tercero, comenta lo siguiente sobre su fenomenología en la depresión:

Mi situación era... no pensar en el suicidio, pero yo creo que me hubiera muerto de inanición. Sentadita, quieta [espira profundamente] [...] No... O sí... pero no era lo primordial pensar en el suicidio. Sí que deseas morirte, porque lo ves como un descanso; es como cuando vas, te acuestas y quieres dormirte, que es un descanso... pero no pensaba en el suicidio, me hubiera muerto de inanición. Comer poco... llegué a pesar 49 kilos¹²⁴. (Helena, Barcelona, 55)

Aquí, es difícil marcar la frontera entre las acciones “autodestructivas” y las ideaciones autolíticas. Estas últimas, según explica Andrea¹²⁵, que las ha sufrido desde la infancia y que además es psicólogo de profesión, se refieren a pensamientos recurrentes de desear

¹²³ Lleida, 64.

¹²⁴ Helena tiene una altura aproximada de 1,75 m.

¹²⁵ Barcelona, 40.

la muerte e idear acciones para llegar a ellas, pero sin llegar a ponerlas en práctica (qué sería lo propio de un intento de suicidio). Como apareció en el apartado sobre fenomenología de tipo afectivo, una de las características comunes es la pérdida de la ilusión por vivir, y son muchas las personas que aseguraron “*querer morir*” durante las depresiones

Marta, sin embargo, que también relata que dejó de comer de forma drástica y que esto estaba relacionado con el deseo de dejar de vivir, tiene dudas de si nombrarlo como intento de suicidio. Por ejemplo, cuando le pregunto cómo llegó a la consulta de psiquiatría, comenta:

Bueno, no sé si mi ex marido o... puede que sí, o, yo misma, ya no me acuerdo. Fui a buscar ayuda [suspira] Entonces, bueno, me llevaron al psiquiatra, como había intento de suicido ya no.... Ya no sé si era voluntario o era físico, pero yo, yo pesaba 40 kilos¹²⁶. (Marta, Girona, 55)

En general, las mujeres hablan de un “*dejarse morir*”, más que de emprender acciones directamente encaminadas a provocar su muerte, como relatan Josep, Andreu o Andrea, todos hombres. Esta cuestión vuelve a señalar la importancia de la socialización de género en la misma experiencia de la depresión. Según el Instituto Nacional de Estadística, los suicidios consumados en el año 2016 en el Estado español fueron 3.569, y el 74,5% eran de hombres¹²⁷. Y son muchos los estudios, como el de M^a Jesús Rosado Millán et al. (2014), que describen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a tasas de suicidio, intentos fallidos, y la forma en que se llevan a cabo.

En cuanto al tema de las autolesiones en general, recogiendo algunas aportaciones del estudio de Casadó (2011:22), es importante señalar que no todas las acciones autolesivas tienen el mismo significado¹²⁸, siendo éste dependiente del contexto cultural y social donde 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 de la Psiquiatría*” (ibídem:21). Así, creo necesario salir de un enfoque biomédico que las homogeneiza, entendiéndolas

¹²⁶ Marta tiene una altura aproximada de 1,80m.

¹²⁷ <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/I0/&file=05001.px> [Consulta:2018/10/06]

¹²⁸ Casadó (2011:22), en relación a su estudio sobre acciones autolesivas en jóvenes de Cataluña, describe diferencias entre las distintas 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 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 emos y jóvenes góticos y también las que son interpretadas bajo un criterio diagnóstico de enfermedad mental.*”

como “*manifestaciones objetivas de estados psicopatológicos*” (DSM IV-TR)¹²⁹, ignorando las propias narrativas y significados específicos de contextos y personas implicadas.

Casadó (2011) también apunta algunos significados posibles desde una perspectiva relacional: descargar la rabia que se ha acumulado hacía 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 hacía 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 Andrea¹³⁰ centrándonos en el tema de las autolesiones, e insistió mucho en lo personal que ese significado tenía 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 sea igual o el soporte no siempre sea el cuerpo visible (acciones autolesivas a nivel emocional también se incluirían).

3. 1. 3. Fenomenología de tipo cognitivo

En esta categoría fenomenológica he incluido aquellas experiencias que se ubican en el ámbito de las llamadas capacidades intelectuales o de pensamiento. Sin embargo, creo que es necesario recordar, una vez más, que esto no significa que haya una parte del sujeto, la mente, separada del cuerpo, sino que el sujeto encarnado incluye todas estas facetas, promoviendo así una mirada holística. A este respecto, Joana, cuando le pregunto cómo eran esos pensamientos “*malos*” de los que habla, contesta:

Es curioso, porque además, la frase «no vales nada»... porque si hubiera sido mi propia voz hubiera sido «no valgo nada», pero seguramente también pensaría que no valgo nada. Y... eso sí que era como... O sea, nunca pensé que fuera otra persona la que lo estuviera diciendo. ¿Sabes?, era como una sensación, en forma de frase.
(Joana, Bizkaia, 31)

¹²⁹ Citado en Casadó (2011:27).

¹³⁰ Barcelona, 40.

Joana nos recuerda así, que pensamos encarnadamente, y que no podemos entender los procesos cognitivos como sostenidos por un cuerpo, sino como parte del mismo.

Una vez aclarado esto, podemos comenzar con la descripción de la fenomenología de tipo cognitivo. La primera característica común, y que aparece en todos los relatos, con mayor o menor intensidad, es que durante las depresiones constantemente hay pensamientos “negativos”, “malos”, “que no te dejan dormir”, “que te machacan”, “que te hundan”, etc., que son además repetitivos y a un ritmo muy rápido, como “acelerados”. Por ejemplo, Itziar dice lo siguiente:

Cuando dormía, dormía bien, no me despertaba a la noche ni nada, pero a la hora de meterme a la cama y al despertar era ¡pff!, o sea, la aceleración de la mente, de los pensamientos era... un no parar. Claro, yo creo que me dormía porque estaba ya agotada. Pero al minuto cero ya, o sea, abría los ojos y ¡jo!, otra vez, -¡qué mal estoy, qué mal!-, y ya empezaba el día así. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Otro ejemplo es el siguiente fragmento del relato de Andreu, que cuando le pregunto cómo eran los pensamientos de los que habla, contesta:

Mals pensaments, vull dir, de morir, o quan hi havia... Això, sí, dolor [pausa] No sé com ho podria descriure. Es barrejaven així aquestes coses de... o sigui, quan passava això, era... i és clar només pensava en aquell noi, amb en Ramon¹³¹, era com d'amor-odi, i saps... només penses, i et... vas donant voltes i voltes, que no porta enlloc, això... Aquests pensaments redundants, que són destructius, perquè hi han milions de coses en què focalitzar, però i després te centres en una única... objecte, i no pot ser.... La veritat és que no hi he pensat més, gaire més, o sigui no és... no m'agrada pensar en mi mateix, en els sentiments i tot això¹³². (Andreu, Girona, 43)

De estos testimonios, y sumando lo que el resto de personas que han participado en esta investigación comentan sobre este tipo de pensamientos durante sus depresiones, se puede señalar que son también acciones autolesivas, en cuanto a que “son destructivos”, como dice Andreu, o que “estás siempre castigándote”, que diría Itziar. Así, es habitual que aparezcan como juicios negativos hacía una misma: “no vales nada”, “te quedarás sola si sigues así”, “nadie te va a querer”, etc.

¹³¹ Andreu durante su primera depresión intentó suicidarse. Según él, la razón de emprender esta acción autolesiva fue que se había enamorado de su amigo Ramon, y éste no le correspondía.

¹³² *Malos pensamientos, quiero decir, de morir, o cuando había... Eso, sí, dolor [pausa] No sé cómo lo podría describir. Se mezclaban estas cosas de... o sea, cuando pasaba todo eso, era... y está claro que no sólo pensaba en ese chico, con Ramon era como amor-odio, y sabes... no sólo piensas, y te... vas dando vueltas y vueltas, que no llevan a ninguna parte, eso... Estos pensamientos redundantes, que son destructivos, porque hay un millón de cosas en las que focalizarte, pero después te centras sólo en una... y no puede ser. La verdad es que no he pensado más sobre eso, nunca más, o sea, no es... no me gusta pensar en mí mismo, en los sentimientos y todo eso.*

Esta cuestión, que a veces se nombra también como “remordimientos” o “frustración”, puede ser entendida como una expresión más de la culpa. De esta forma, creo que podemos unir dos ideas: por un lado, la que Joana señala sobre que el pensamiento es una sensación en forma de frase, y por otro lado, la propuesta de Rosaldo (1984) que describe las emociones como *pensamientos encarnados*. Es decir, ambas nociones sobre el pensamiento y lo emocional nos permiten interrelacionar diferentes ámbitos del sujeto encarnado, y entender de forma compleja y completa lo que se experimenta durante las depresiones.

Por otra parte, la segunda de las características de la fenomenología de tipo cognitivo, es que hay una disminución de la concentración, la atención, la memoria, y del pensamiento reflexivo. Por ejemplo, Ainhoa comenta:

Yo estaba en la universidad y tenía fallos de memoria, me costaba un montón estudiar. Me acuerdo que llegué un día al final de la clase cuando quedaban justo diez minutos, y yo pensaba que era la hora de empezar. Me pasaban cosas así, y no entendía muy bien por qué. Pensaba que se me iba la olla, como si me estuviera volviendo un poco loca. Pero luego con el tiempo, porque también tuve un problema con un trabajo, en fin, me costaba... Me acuerdo un día que estaba yo en verano e iba de monitora con un grupo de amigos, tres años creo que repetí. El tercer año, si no me equivoco, fue cuando estaba yo bastante así, iba a ser la responsable de esas colonias pero me veía que no tenía la cabeza muy así, y les dije que no, que no podía yo con eso, pero fui y además iba a ir como parte del grupo de trabajo de limpieza y de cocina, que es un trabajo, pero igual no es tan duro como de monitora o responsable. Y no era capaz de hacer mi trabajo, me acuerdo que un día limpiando una escalera de dos pisos, me pude tirar igual más de media hora pasando la escoba y no tenía por qué. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

Por su parte, Rocío comenta lo siguiente, que es una anécdota que también han narrado otras personas:

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. Igual hasta el verano yo no empecé otra vez a leer, cuando yo normalmente siempre estoy con un libro en las manos. (Rocío, Gipuzkoa, 58)

Otras situaciones que comentaron, relacionado con esto, es que no podían ver una película porque se perdía la atención, o la dificultad de seguir una conversación compleja con un grupo de gente. Y algo muy frecuente es el olvido constante de fechas, lugares o nombres

de personas, hasta tal punto que muchas veces se convierte en imposible un relato cronológico del proceso de depresión y su recuperación, convirtiendo la entrevista o conversación sobre el tema en un ir y venir de saltos por la propia línea autobiográfica, sin orden temporal y con grandes lagunas de información. Pese a que siempre hay situaciones o acontecimientos concretos que se convierten en hitos de la memoria que ayudan a hilar el propio relato con cierto sentido (del Valle, 1990), bastantes personas participantes muestran una narrativa muy desordenada cronológicamente. Como señala del Valle (1999), la memoria es corporal, por tanto, si pasamos por una época de “olvido del cuerpo” o de desconexión con lo corporal, es fácil entender que también la memoria se vea afectada.

3. 1. 4. Fenomenología de tipo interpersonal

Este tipo de fenomenología está relacionada con aquellas experiencias durante las depresiones que se ubican en el ámbito de lo relacional. Son varias y variadas las cuestiones que narran las personas que han participado en la investigación. La primera es una pérdida del deseo por compartir tiempo y espacio con otras personas de su entorno, conocidas o no. Por ejemplo, Helena, que fue una persona muy conocida en Cataluña a raíz de un trabajo que tuvo en la televisión pública catalana, cuenta lo siguiente:

Fíjate, yo siempre he soñado, yo... no, no soportaba esa diferencia, esa admiración de la gente de la calle, ese tocarte, el no sé qué ¿eh? Frente a lo que yo llevaba los últimos años viviendo¹³³, que me tenía destrozada. Y ahí fue cuando empieza. Acabé... me fui a Lleida. Ya no... o sea, es como que me escondí. Formaba parte, también ¿eh?... estaba como escondida en casa ¿no? (Helena, Barcelona, 55)

Helena habla de sentirse incomprendida por parte de las otras personas, como también le pasaba a Iban¹³⁴ respecto a muchas de sus amistades de antes de la depresión, y que durante la misma perdió y no volvió a recuperar. Pero a otras participantes, como Itziar, Ainhoa, o Joana, lo que les movía a no poder relacionarse es un sentimiento de culpa, de rechazo o de juicio por parte de las otras o de una misma, que les llevaba a aislarse cada vez más. Por ejemplo, Joana comenta lo siguiente, cuando le pregunto por qué le costaba relacionarse con gente:

Yo iba andando por la calle, cuando me divorcié un poco de las amigas de la universidad, que fue una relación que tuve ahí como que me fui descolgando, cuando empecé, cuando ya me independicé un poco, yo me sentía muy sola. Entonces, yo iba andando sola por la calle, y a mí me daba la sensación de que la gente tenía que estar viendo lo sola que estaba, y yo misma tenía como los pensamientos

¹³³ Se refiere a la separación sentimental con su pareja de entonces.

¹³⁴ Gipuzkoa, 48.

recurrentes: lo sola que estaba y de... de que no valía nada, yo me acuerdo que continuamente pensaba que no valía nada, y... y me sentía muy tonta. Entonces, cuando me relacionaba con gente y abría la boca, o sea, me sentía tontísima, y no quería abrir la boca. Y empecé a observar que siempre que había un grupo, por ejemplo, de la uni, que nunca era muy uniforme, porque además en Bellas Artes cada uno va un poco por su rama, y tiene sus horarios, yo siempre estaba aposentada en... en una parte. Ahí, pero un poco en la esquina. Y a medida que me fui sintiendo mejor pues fui un poco más... A medida... mejor... a medida que me sentía menos estúpida, pues iba un poco más. (Joana, Bizkaia, 31)

También aparece con mucha frecuencia (en todos los relatos menos en el de Joana), la pérdida de deseo sexual hacia las otras personas. Esta cuestión está relacionada con la anhedonia o con la dificultad de sentir en general, porque dejan de tener excitación sexual, y también aparece una imposibilidad de ser tocada, o simplemente, de estar cerca de otras personas, como señalaron Patricia, Iryna, Andrea, o Rocío. Por ejemplo, Itziar, cuando le pregunto cómo fue su sexualidad durante el periodo de la depresión, comenta:

Cuando estaba mal, mal, mal, no me apetecía nada. Es que no me apetecía ni estar. Entonces, pues practicar sexo, menos. Pero es porque también... ni te aceptas, es que... es que, yo me acuerdo que no quería ni que me tocasen, o sea... pero nadie, ni una caricia de una amiga, o sea... Y con él [su pareja de entonces], pues tampoco. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Otra de las formas que toma la fenomenología de tipo interpersonal, es una imposibilidad de comunicar el propio sufrimiento, es decir, las personas señalan que se quedan “como mudas”, “sin palabras”, “calladas”, o “en silencio perpetuo”, cuando están con gente, y que es imposible para ellas comunicar nada, ni siquiera el sufrimiento que sienten. Iryna, por ejemplo, comenta lo siguiente cuando le pregunto sobre la recuperación de su depresión:

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 Mireia prácticamente no hablaba, estuve prácticamente un año sin hablar. No decía nada. Me podía ir a tomar una cerveza con amigos y me pasaba todo el rato con la boca cerrada. (Iryna, Barcelona, 31)

Burín et al. (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). Por otro lado, Martín (2015), en su investigación sobre mujeres recluidas durante años en un psiquiátrico, señala que el silencio puede tener muchos significados, incluso

que puede ser empoderador. Sin embargo, el no poder comunicar con las otras personas, para las participantes de esta investigación siempre es narrado como un motivo de angustia, culpa, miedo o malestar en general. Otro ejemplo de no poder comunicar el propio sufrimiento es el de Ainhoa:

En ese momento yo tampoco me atrevía a contar demasiado, yo creía que era problema mío, que no lo estaba haciendo bien. Eso es muy duro. Yo me iba a casa... esa clase la tenía a las ocho de la mañana y me acostaba dormía en eso, me despertaba pensando en eso y así durante todo un año. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

Una última característica de este tipo de fenomenología depresiva es la que está presente en el relato de Amets, que al principio de nuestra primera entrevista comenta:

Estaba en una situación de sumisión total. Cuando vas un poco recuperando, por ejemplo, pues tuve la valentía de hablar con Miren [su pareja de entonces] y decirle que no veía [seguir juntos], que quería un cambio en esa relación y lo dejamos, ¿no? Yo creo que eso también fue... y tomar decisiones de nuevo, yo estaba muy sumiso, yo no tomaba decisiones, si lo único que hacía era estudiar lo que buenamente podía. (Amets, Gipuzkoa, 27)

Esta idea de que era incapaz de tomar decisiones, y de que se doblegaba a la voluntad de otras personas, también aparecen en Amets cuando cuenta cómo fue su primera consulta al psiquiatra. Según cuenta, él estaba “*tan mal*” que fueron su padre y su madre quienes tomaron la decisión, y aunque él es una persona crítica con la psiquiatría en general, “*dejé que hicieran todo lo que querían*”. Amets es la única persona, de entre todas las participantes, que nombra a este tipo de relaciones interpersonales como de sumisión-dominación, pero acontecimientos como los que él narra, también los apreciamos en todos los relatos. Es decir, todas las personas han experimentado alguna vez la incapacidad de ejercer su propia voluntad, y han dejado que fueran otras personas de su entorno (profesionales de la salud, familiares, amistades, etc.) las que decidieran qué hacer y cómo hacerlo. Aunque siempre surge aquí la pregunta, de si esto es sumisión o una forma de pedir/prestar ayuda.

3. 2. Algunas notas sobre el análisis fenomenológico

La primera cuestión que quiero señalar es que, como veremos en el capítulo dedicado a la biopolítica de las depresiones, los psicofármacos producen una gran cantidad de afectaciones en las personas. En este sentido, experiencias como la falta de deseo sexual o la pérdida de la sensibilidad en general, el cansancio prolongado y las ganas constantes de dormir, el engordar de forma brusca, o incluso la pérdida de las ganas de vivir, podrían

ser consecuencia de la ingesta de antidepresivos, y no tanto de la depresión en sí. Sin embargo, como Andrea señala, esto es difícil de saber:

En dos años o así, me engordé 23 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 qué te encuentras peor es difícil saber que es síntoma y que es medicación, pero pierdes la capacidad de sentir y lo primero que pierdes es la capacidad de sentir placer. (Andrea, Barcelona, 40)

Durante las conversaciones que mantuve con las personas participantes, varias veces les pregunté por su experiencia general durante la depresión, y también por su experiencia concreta con la ingesta de psicofarmacología, si es que tomaban o habían tomado. Así, lo que he incluido en este apartado sobre fenomenología depresiva corresponde a lo que ellas contestan a la primera de las preguntas. Pero siempre quedara la duda de si determinada farmacología había sido causada por la ingesta de psicofármacos o si era la expresión de la depresión.

Por otro lado, como Ángel Aguirre Baztán (1989) señala, aunque el hecho depresivo como tal acontece en muchas sociedades -este autor habla de universalidad-, lo que no podemos asegurar es que se exprese de igual forma, o que cada entramado sociocultural le de la misma importancia a un ámbito de la fenomenología, por encima de los otros. Aguirre (ibídem) asegura que en las sociedades occidentales, el modelo explicativo¹³⁵ de las depresiones es el cognitivo, lo que además está relacionado con que el paradigma psicológico dominante sea el cognitivo-conductual (en la academia, las instituciones de profesionales, etc.). Es cierto, que a día de hoy, treinta años después de la publicación de Aguirre, sigue predominando la Teoría de Beck¹³⁶, tanto para la prevención como para la intervención terapéutica frente a la depresión. Sin embargo, los datos etnográficos muestran un cambio de esta situación, y lo corporal ha surgido como fenomenología principal y central en casi todos los relatos. Algo que también es coherente con la emergencia de las psicoterapias corporales desde hace diez años, como puede entenderse con la reciente creación de la Asociación Europea de Psicoterapia Corporal y de su sede en el Estado español¹³⁷.

¹³⁵ Arthur Kleinman, (1980:105) define los modelos explicativos (Ems) como: "las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su posible terapéutica que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico. [...] El estudio de los Ems de los profesionales nos remite a como ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los Ems de los pacientes y familiares expresa cómo ellos dotan de sentido un episodio de aflicción y cómo escogen y valoran los diferentes tratamientos."

¹³⁶ "La idea principal de la Terapia Cognitiva es que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por éstos en sí mismos [...] Beck afirma que ante una situación, los individuos no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (también llamados creencias nucleares)." Extraído de: <https://psicologiyamente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck> [Consulta: 19/09/2018]

¹³⁷ Creada en 2008. Extraído de http://www.eabp.org/backup/org/Apccce_index.html [Consulta: 10/10/2018]

¿A qué se debe esta diferencia? ¿Por qué han disminuido los relatos de la depresión centrados en una fenomenología de tipo cognitivo, mientras aumentan los de tipo 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 otra 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.

3. 3. La depresión como una quiebra de la vida: *actualización de la noción de crisis de la presencia*

Aguirre (1989:26-27) define el hecho depresivo como una “*quiebra en la vida*”: una experiencia existencial de muerte donde todo el cuerpo se ve implicado. Además, como toda enfermedad, supone una ruptura con lo cultural, y por tanto, con lo contextual (ibídem). Las personas entrevistadas también definen sus depresiones como ruptura, *impasse*, o grieta en la vida. Por ejemplo, Iban, que ha pasado por varias depresiones, las describe de la siguiente manera:

La depresión es una cosa salvaje que tú haces crac, como que te rompieras por dentro [hace gestos de algo que se rompe cerca del pecho] y no tienes lo que se necesita para vivir. O sea, un ánimo, un ánima, un aliento, una fuerza, eso se te va, pero tienes que seguir viviendo y es muy duro por eso. (Iban, Gipuzkoa, 48)

También Inma¹³⁸ habla de algo parecido cuando dice: “*yo he sido muy fuerte pero en esos lapsus de tiempo no era nada*”. Cuando Inma habla de los “*lapsus de tiempo*” está señalando la idea de la depresión como momentos temporo-espaciales aislados. Esta idea sugiere pensar la depresión como un *cronotopos*¹³⁹ aparte, un habitar nuestra vida fuera de ella, o de lo que era esa vida hasta el momento. De hecho, la percepción del tiempo durante la depresión cambia, y las personas hablan de un “*tiempo infinito*”, “*dilatado*”, “*que nunca acaba*”, “*en espera constante*”, etc. De la misma forma, los espacios y la forma de habitarlos también varía mucho durante las depresiones. Como he comentado en uno de los apartados anteriores sobre la fenomenología, durante la depresión nos aislamos;

¹³⁸ Bizkaia, 62.

¹³⁹ Concepto creado por Mijaíl 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.

dejamos de relacionarnos con otras personas y de acudir a espacios sociales, o lugares como el avión o un ascensor nos provocan pánico, por poner algunos ejemplos.

Es decir, durante la depresión vivimos un momento de ruptura con nuestra vida, y no sólo por esta idea de lapsus tempoespaciales, sino porque se han perdido las ganas de vivir. En el apartado sobre fenomenología de tipo afectivo hemos visto que la característica común y central en todos los relatos es la desgana por existir, unido a un deseo de muerte. Esta situación podemos entenderla como una pérdida de sentido de la vida, es decir, la desaparición de una motivación *cuasi* existencial por la cual querer vivir, o simplemente por la que levantarse cada día de la cama. Empleo la palabra “sentido” bajo dos acepciones posibles: una como significado o razón de ser, y otra como como dirección u orientación. Por ejemplo, Andrea, que emigró desde Argentina a Barcelona poco después de acabar la universidad, explica lo siguiente sobre la sensación que tenía durante una de sus depresiones, que siempre han estado muy relacionadas con su situación profesional:

Hacía los veintidós [años], cuando estaba acabando la carrera, que me costó mucho hacerla, me tocó vivir en chabolas, pero tenía un sentido para mí en ese momento. Encontrarte en una situación, como es la actual de España, en aquel momento en Argentina se registraban el triple del índice 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. (Andrea, Barcelona, 40)

Anna, que vivió durante más de quince años con una depresión, cuenta lo siguiente sobre alguna de sus sensaciones durante aquella temporada:

La vida era una mierda, yo nunca iba a ser madre por qué ¿para qué? Claro, es que no tenía sentido, aquí nadie cuida a nadie, pues ¿para qué? El mundo se iba a acabar en cualquier momento, y en lo que me toca pues voy a intentar ser lo más feliz que pueda, yo y la gente que tengo a mi al rededor. Pero -yo paso de todo esto un montón-, por eso era -yo voy a vender droga hasta que muera, yo voy a estar de fiesta hasta que muera, y ancha es Castilla y aquí no pasa nada- [ríe], mi motivo de vida era ese. (Anna, Barcelona, 37)

Poco después de estas palabras, en la misma entrevista, aparece otra cuestión en relación a esta noción de pérdida de sentido:

Yo estoy aprendiendo a respetarme mis procesos, y a darme cuenta de que realmente el mundo no es tan fácil, de que no es tan sencillo. Vivimos también en base a unas coordenadas externas que son las que nos dicen cómo tiene que ir, y

muchas veces, por no poder estar en esas coordenadas, es cuando entramos en crisis y es cuando estamos mal. (Anna, Barcelona, 37)

Anna plantea que el sentido de la vida del que hablamos es algo compartido con las otras personas. Y entonces, si dejamos de participar del significado común, perdemos nuestros referentes, y nos encontramos así en un vacío existencial difícil de sostener. Franco Berardi (2007), que describe también las depresiones como una falta de sentido en las acciones, en la comunicación o en la vida en general, señala que esta situación es una responsabilidad colectiva:

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. (Berardi, 2007:183)

Por tanto, las depresiones como quiebra vital, son el vacío, “la nada” durante un período de nuestra biografía. Patricia¹⁴⁰, que estuvo durante más de dieciocho años intentado recuperarse de una depresión, dice que las sensaciones son de estar en un “*punto muerto*”. Ella habla de los momentos en los que peor se encontraba de dos maneras distintas: por un lado los nombra como encrucijadas¹⁴¹, porque le obligaron a elegir entre varias opciones para seguir en la vida y salir del vacío, y por otro lado habla de ellos como hitos vitales, que destacan como algo diferente en contraste con el resto de la biografía.

Por otro lado, muchas de las depresiones que relatan las personas que participan en la investigación, acontecen durante el tránsito a nuevas etapas de la vida. Por ejemplo, bastantes señalan que el principio de su primera depresión fue durante la adolescencia. También algunas marcan la entrada en la tercera década de vida como un momento de grandes cambios (pérdidas de referentes, nuevas responsabilidades, etc.). Por otro lado, la jubilación también está presente en el relato de varias personas de más edad. Y por último, los duelos, ya sean por amor, muerte o enfermedad, son uno de los sucesos que más aparecen como facilitadores del malestar. Es decir, la pérdida (de amor, salud, de personas queridas, o de etapas vitales) nos enfrenta al cambio, y nos obliga a renunciar a lo que teníamos, mientras entramos en lo desconocido.

Todas estas cuestiones señaladas, hacen pensar en la noción de crisis de la presencia que De Martino describe en algunas de sus obras (2000, 2003, 2004). Este autor, a partir del estudio del *tarantismo*¹⁴² señala semejanzas entre este fenómeno y la depresión, aunque la

¹⁴⁰ Araba/Álava, 38.

¹⁴¹ Del Valle, en una entrevista realizada, define las encrucijadas como uno de los “*cuatro ejes estructuradores del recuerdo*” que refiere a “*momentos de decisión en los que se tenían distintas posibilidades*”. Extraído de: <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.555> [Consulta: 21/09/2018]

¹⁴² De Martino (2000) estudió a mitad del siglo XX este fenómeno religioso-popular que se daba en personas que vivían en regiones rurales del sur de Italia, y que se asociaba con la picadura de una tarántula que comienza así a poseer a la persona

distinta pertenencia cultural haga imposible una comparación completa, o que no esté plagada de etnocentrismos. Además, el tarantismo y la depresión no sólo comparten fenomenología, sino que ambas afectan en mayor medida a mujeres, mayores y de clases desfavorecidas. Y así, la noción de crisis de la presencia nos permite crear un marco de sentido para las dos, como desarrollo más adelante.

Pablo Romero Noguera (2013:97), en una revisión que realiza sobre esta noción de De Martino, la describe de la siguiente manera:

La “crisis de la presencia” es 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. [...] 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 a 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).

Como Romero (2013:97) también señala, la “*presencia en el mundo*” es una inquietud que siempre ha perseguido al ser humano, y que la magia y las religiones han tratado de resolver o explicar. Pero con la llegada de la Modernidad, la ciencia y la secularización de la sociedad, nuestro “ser-el-en-mundo” aparece como “dado” y siempre garantizado, mientras que multitud de situaciones o acontecimientos (muertes, crisis económicas, enfermedades, etc.) demuestran lo contrario, y nos dejan expuestos a un vacío de sentido.

La presencia, dice Romero (2013:97), aparece así como un homólogo del *dasein* heggeleriano (el ser-en-el-mundo) y la crisis de la presencia como la angustia del ser, propia del existencialismo. A este respecto, Martínez-Hernández (2018:136-137) señala que la *esserci* (presencia) de De Martino supera la noción de sujeto hegeliana y propone una visión más dinámica y centrada en la capacidad de actuación:

El Dasein y el esserci se diferencian en que el segundo no es tanto un ser-en-el-mundo como un deber-ser-en-el-mundo, casi un querer ser, una voluntad de ser que el antropólogo napolitano denominará posteriormente el ethos de la trascendencia: el deber de ser-ahí (De Martino, 1977). La presencia es para el antropólogo napolitano una realidad dinámica, un devenir (divenire) del ser una vez ha sido lanzado o

atarantada. El efecto descrito por las/os atarantadas/os era de abismo, de angustia ante un mundo sociocultural que consideraban ajeno e incontrolable, fuera de sus posibilidades de voluntad y acción. La cura venía por rituales coreico-musicales donde la persona era exorcizada por medio de técnicas corporales activadas por ritmos musicales constantes y repetitivos.

arrojado al mundo (Geworfenheit). [...] Sintéticamente podemos definir esa crisis como la posibilidad de no-ser que se representa en la pérdida de la capacidad de acción sobre el mundo objetivo, de tal forma que el sujeto es actuado por el mundo (essere-agito-da) más que actuar por sí mismo, perdiendo toda capacidad de agencia.

Una angustia, en cualquier caso, que nos alerta de una condición vital precaria, y que algunas veces toma la forma de depresión. Este paralelismo entre ambos fenómenos lo podemos ver en varias cuestiones, que iré desgranando a continuación.

Primero, durante las depresiones se deshabita el propio *self*: la desconexión con lo corporal, e incluso el no reconocimiento de una/o misma/o, son señales de una existencia fuera-del-mundo. Una cuestión, que, por otra parte, nos pone sobre la pista de que las depresiones actúan como un *hecho social total* (Mauss, 2010) donde el sufrimiento invade todos los ámbitos de la vida (personal, laboral, comunitario, etc.).

Itziar, que durante su depresión pensaba frecuentemente en la muerte, comenta:

Al psicólogo le dije enseguida -es que me estoy imaginando todo el rato que me tiro de la ventana-. Sólo era tirarme de la ventana ¿eh?... no era... no... no... o sea, no me he imaginado nunca cortándome las venas, o comiendo no sé cuántas pastillas, sólo era el... más que la acción era... el morirme, o sea, no quiero estar aquí. Y eso iba unido a... a irme. O sea, podía ser o morirme, o irme, simplemente. Irme a... ¡yo qué sé!, a México y empezar de cero. Claro, es más la sensación de empezar de cero, -yo no quiero estar así, no quiero ser así, quiero empezar de cero-. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Con estas palabras, Itziar muestra la necesidad de huir de una misma, como hacía Iryna¹⁴³ cuando se inventaba la historia de esa superheroína que le acompañó durante años y que incluso llegó a ser su segunda identidad, o cuando Andrea¹⁴⁴ se mira al espejo y no se reconoce. Las personas dejan de estar presentes para ellas mismas.

La segunda cuestión que permite entender las depresiones como crisis de la presencia es la del conflicto con lo corporal que aparece durante las mismas. Este tipo de vivencias, suelen aparecer en muchos procesos de salud-enfermedad-atención, porque lo corporal demuestra nuestra vulnerabilidad, y ser vulnerables da miedo¹⁴⁵. Por eso, buscamos formas de remediarlo, como tratar y concebir al cuerpo como un objeto al que se puede modificar. Así, los sujetos desencarnados como los depresivos, quedan desprovistos de la única forma que tenemos de estar en el mundo. Como Merleau-Ponty (1993 [1945]) advierte,

¹⁴³ Barcelona, 31.

¹⁴⁴ Barcelona, 40.

¹⁴⁵ En el último capítulo de este texto abordaré con más detalle la noción de vulnerabilidad.

somos-en-el-mundo con nuestros cuerpos: es a través de ellos que tomamos contacto con el exterior y con nosotras mismas.

Cuando las personas de la investigación hablan de la incapacidad de sentir sensaciones o reconocer emociones, están señalando la imposibilidad de conectar consigo mismas y con el mundo. El cuerpo se olvida, el cuerpo es el enemigo, el cuerpo es esa otra cosa por la que ya no puedo reconocermé a mí misma y diferenciarme de lo otro: mi lugar de referencia y de conocimiento ya no me pertenece, ya no está presente.

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 del mundo al individuo, 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.

La tercera característica de las depresiones, que señala una existencia en crisis, son las acciones autolesivas. Mientras las desconexiones son evasiones del propio cuerpo, las acciones autolesivas están profundamente encarnadas, siendo el cuerpo el escenario de la representación. Pero no deja de ser un cuerpo-objeto, donde el sujeto es capaz de lastimarse a sí mismo, maltratar su propia materialidad, bajo la ideología del “cuerpo como cárcel del alma” o de “destrucción del cuerpo para encontrar la libertad del *self*”. Ideas que encontramos en el relato de Andrea, cuando le pregunto por qué realiza o realizó acciones autolesivas:

No sé decirte... 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 cómo 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. (Andrea, Barcelona, 40)

La cuarta característica es la imposibilidad, algunas veces, de recordar la propia biografía. La memoria es el testigo de nuestra existencia. Cuando el cuerpo está perdido, también se agota la posibilidad de recordar cómo se trabaja en el taller de carpintería, como le pasó a Josep¹⁴⁶, o los años que tenía cuando pasó sus depresiones, como le ocurre a Carla¹⁴⁷. Como Lorena Ruiz Marcos (2015) señala, en su estudio sobre la enfermedad del Alzheimer, la memoria es colectiva y encarnada. Por lo tanto, los olvidos que suceden como parte de la fenomenología depresiva avisan de nuevo de una existencia separada del

¹⁴⁶ Lleida, 64.

¹⁴⁷ Girona, 43.

mundo, fuera de él.

También la incapacidad de expresar con palabras el propio sufrimiento o de comunicarse con las otras personas en general, y el desagrado por el contacto físico, puede entenderse como esa imposibilidad de estar en el mundo o de actuarlo. Estas situaciones son un ejemplo de la rotura de los lazos comunicativos, aquellos puentes de relación con las otras, y a partir de los cuales somos afectadas y afectamos.

Y la última de las características de las depresiones, que ayuda a entenderlas como crisis de la presencia, es la dificultad de las personas participantes de aprehender el mundo, de actuar sobre él. Amets¹⁴⁸ hablaba de que se veía como sometido, o Iban¹⁴⁹ de que no puede tomar ninguna decisión por banal que sea, “*ni si quiera lo que voy a comer*”. Así, como Romero (2013) señala, es el mundo quien le actúa a una/o misma/o. El sujeto encarnado, agente y siempre relacional, se convierte en un ente sin cuerpo, aislado y pasivo o paciente.

Como Josefina Ramírez Velázquez (2015:113) señala, las personas somos productoras de sentido social, simbólico y político gracias a tres características: somos cuerpos con una historia que contar, somos transformadores de la realidad social, y estamos inmersas en relaciones de interdependencia. Sin embargo, durante las depresiones, las dos primeras características se ven comprometidas. De esta forma, el sujeto encarnado como espacio de lo intersubjetivo (Csordas, 1990), se desmorona, perdiendo entonces la posibilidad de ser-el-en-mundo.

Por tanto, las depresiones, a la luz de esta etnografía, aparecen como momentos en los que la vida se quiebra, y las personas caen al vacío de las grietas existenciales que se abren. Nada tiene sentido y no hay motivos para seguir viviendo. Solo se siente dolor, mucho sufrimiento emocional y físico (aunque sea por no sentir nada), que invita a la huida de una/o misma/o, porque no hay un marco de sentido común al que agarrarse. Las personas deprimidas abandonan su (deber-)ser-en-el-mundo: olvidan su cuerpo (que son ellas mismas) y lo entregan al mundo, para ser actuadas por él y dejar de actuarlo.

¹⁴⁸ Gipuzkoa, 27.

¹⁴⁹ Gipuzkoa, 48.

CAPÍTULO 4

LA ETIOLOGÍA DE LAS DEPRESIONES. MALESTAR SOCIAL ENCARNADO



Ilustración 2: Ilustración de Maite Mutuberria (2018)

Contestar a la pregunta ¿qué nos hace más vulnerables para sufrir una depresión? es otro lugar de divergencias teóricas y prácticas. El discurso actual más extendido -en el ámbito profesional y el denominado ámbito lego- es el biomédico, que relaciona la aparición de las depresiones con una disfunción de determinadas hormonas como pueden ser los estrógenos o la existencia de bajos niveles de serotonina; pero ninguna de estas teorías tiene suficientes pruebas empíricas ni está demostrada a día de hoy (Burín et al. 1990; Gøtzsche, 2014:219; Healy, 2015). Como Carlos Castilla del Pino (1978:19-20) afirma, *“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, 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).

En este capítulo abordaré el análisis de aquellos factores que han sido señalados por las personas participantes como determinantes para el surgimiento de sus depresiones. He intentado respetar en todo momento la propia significación emic, para conocer a fondo el universo particular y colectivo de cada participante. Como Castilla del Pino (1974:17) señala, 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”*.

Otro de los objetivos de este capítulo es mostrar la particularidad de cada narración, porque toda depresión es singular. Como hemos visto en el capítulo anterior, no se sostiene la idea de una fenomenología única de las depresiones, y en este capítulo veremos que tampoco se puede defender la idea de una etiología igual para todas las narraciones. Sin embargo, y a partir del análisis etnográfico, entre toda la variedad inter e intra personal, hay ciertos factores depresógenos -que facilitan las depresiones- que se van repitiendo.

Lo que presentaré a continuación es una organización de las diferencias, a la vez que de las similitudes, de aquellas situaciones socioestructurales, contextuales y personales que han sido señaladas como las causantes de las depresiones. En el primer apartado

expondré las relativas al sistema sexo-género, abordando las desigualdades y violencias de género sufridas por las personas informantes, y su influencia en la generación del malestar. El segundo apartado tratará sobre la gestión de las pérdidas, ya sean por muerte, enfermedad, desamor u otro suceso que implique la vivencia de un duelo. Y en el tercer apartado abordaré aquellas situaciones y acontecimientos que están relacionados con el ámbito de lo productivo o laboral, y por tanto, con el sistema socioeconómico. Por último, he incluido una recapitulación de dos ideas principales que han surgido tras este análisis de las etiologías: por un lado, que en todo relato existe una multicausalidad, y por otro, que las depresiones podrían ser entendidas como un *malestar social encarnado*.

4. 1. Desigualdades y violencias de género

Desde la práctica psiquiátrica feminista, Burín et al. (1990) se refieren a las depresiones como *psicopatologías del género*, añadiendo además que no son estáticas, sino dinámicas. Es decir, que varían con el tiempo y el contexto sociohistórico, y están directamente relacionadas con el concepto hegemónico de salud. La idea general de estas autoras es señalar la importancia de las opresiones de género como facilitadoras de las depresiones. Una misma idea que a lo largo de esta etnografía fue cogiendo fuerza, y que tras los análisis se mostró como una evidencia fuerte y abrumadora.

Para presentar estas opresiones y su influencia en la aparición de este malestar, haré una diferencia entre desigualdades de género, por un lado, y violencias por otro. Entiendo las primeras como condiciones socioestructurales que no favorecen una igualdad de oportunidades, necesidades y cuidados a todas las personas, y son diferencias condicionadas por el género. Mientras, las violencias se refieren a situaciones donde la integridad física, emocional o psicológica de la persona se ve comprometida.

4. 1. 1. Desigualdades de género

Autoras, como Burín et al. (1990) y Bleichmar (1999), advierten que los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad están implicados en la etiología de las depresiones, dada la enorme desventaja social, política y económica que afecta a 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)¹⁵⁰. Por

¹⁵⁰ Citada en Sherry Ortner (1979:123-124).

otro lado, el aislamiento que supone el trabajo doméstico mengua las posibilidades de apoyo mutuo y refuerza el sentimiento de soledad y desolación.

En los siguientes subapartados, se presentan evidencias etnográficas de esta cuestión en varias categorías que ayudaran a presentar el análisis: cuidados, maternidad, menopausia y vejez en femenino, y una última sobre vivencia conflictiva con el modelo hegemónico de género.

4. 1. 1. 1. Cuidados

Sin contar los cuidados propios de la maternidad, algunas de las participantes (Inma, Ainhoa, Iryna, Rocío, Carla y Josep) señala el tema de los *cuidados informales*¹⁵¹ como uno de los factores desencadenante de su(s) depresión(es). Es decir, bastantes mujeres, y sólo un hombre. Por ejemplo Iryna, cuando le pido que cuente cómo fue su proceso de depresión, comienza su relato de esta forma:

Yo siempre he tenido que cuidar de mi familia. A los dieciséis años 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 ¡buf!, no es como ahora. Entonces era igualdad a muerte. La cuestión es que se le complicó la cosa y tuvo que 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? Mi hermano tiene dos años menos que yo. Luego así, a nivel familiar, a mis veintidós [años], 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 padres 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... Mi padre estuvo varios meses en el hospital, en principio debía morir, pero sobrevivió, y se pasó muchos meses en el hospital. Y yo, pues mi padre estaba en la UCI aún y yo me cogí un curro porque mi padre era

¹⁵¹ Por cuidados informales me refiero a la: "prestación de cuidados de salud a las personas que los necesitan por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen" (García-Calvente et al., 2004:83).

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 estuve así hasta que él salió del hospital, esto pasó en febrero, pues hasta octubre-noviembre estuve así. Y luego en casa también, yo lo llevaba al médico a mi padre, ya quedé con mi madre en eso, lo duchaba yo a mi padre, lo cambiaba yo, todo yo, ¿no? Entonces a los veinticinco [años] no podía más, estaba cansada. Realmente no sé qué sentía en aquel momento... estaba demasiado cansada, demasiado agotada. (Iryna, Barcelona, 31)

Iryna, desde los dieciséis años ha ejercido el rol de *cuidadora informal*, una dedicación hacía los demás que, según los datos estadísticos¹⁵², realizan mayormente las mujeres, es decir, existe una feminización de este tipo de cuidados. Sobre la realidad de la CAE, Isabel Larrañaga et al. (2009:51) señalan que “*en el País Vasco se estima que la familia asume más del 70% de la carga de cuidado, siendo la mujer la proveedora principal (73%), y variando las relaciones de parentesco según el ciclo vital de las personas cuidadas y cuidadoras (esposa 20%, madre 25%, hija 17%)*”. Y en Cataluña y el total del Estado español la situación es muy parecida (Bofil, 2006:265).

Además, respecto a los hombres que también participan en estas tareas, autoras como María del Mar García-Calvente et al. (2004) enumeran una serie de desigualdades en el reparto, atendiendo a la cuestión del género. Por un lado, cuando las cuidadoras informales (generalmente mujeres familiares) no pueden asumir esa carga reproductiva, buscan a otras mujeres (y no hombres) que puedan sustituirlas, las que serán cuidadoras secundarias. Por otro lado, cuando también los hombres se implican en estas tareas suelen hacerse cargo de las menos pesadas, menos cotidianas o que exigen menor dedicación. Además, García-Calvente et al. (ibídem) señalan cómo el ejercicio del rol de cuidadora principal tiene un alto coste sobre las vidas de las mujeres que es algo más que el tiempo dedicado; toda su vida se ve afectada y su salud también. Estas autoras recogen los resultados de diferentes estudios sobre personas cuidadoras de la CC. AA. de Andalucía (Mateo et al., 2000; Montoro, 1999; Moral et al., 2003), que afirman una relación entre el desempeño de estas tareas y efectos negativos sobre la salud, principalmente en la esfera psicológica más que en la física, que se manifiesta como depresión y/o ansiedad en una quinta parte de las personas entrevistadas, o como tristeza y agotamiento en un tercio de

¹⁵² Las Encuestas de Usos de Tiempo y de las Cuentas Satélite también señalan que el trabajo doméstico y los cuidados recaen principalmente sobre las mujeres (ver, por ejemplo, Legarreta, 2008:45).

los casos, siempre en correlación directa según aumenta la edad de la persona cuidadora y la dependencia de la persona cuidada (García-Calvente et al., 2004:88).

Iryna¹⁵³ siempre se queja de la falta de tiempo para ella misma, pero también de que esta dedicación completa le impidió desarrollar proyectos y vivencias propias de la juventud. Por ejemplo, acabó sus estudios universitarios con treinta y dos años, porque durante mucho tiempo apenas pudo asistir a clase por el cansancio acumulado tras tantos cuidados informales, y porque además nunca dejó de trabajar asalariadamente para poder subsistir ella y su familia. Por tanto, las personas que ejercen de cuidadoras informales, al menos las que participan en esta etnografía, todas realizan una triple jornada laboral: la de cuidados, la de trabajo doméstico, y la de empleo remunerado. Una situación de continuo desgaste físico y emocional, que poco a poco va mermando la propia salud.

Es importante también destacar una diferencia que surgió durante la etnografía, y que de nuevo está relacionada con el género. Como advertí al principio, Josep¹⁵⁴ ha sido un cuidador informal. A su esposa, con apenas treinta años, le diagnostican un comienzo de esclerosis múltiple y, durante casi todo el proceso de salud-enfermedad-atención Josep se encargó de los cuidados de ella y de la crianza de sus dos hijos, mientras continuaba trabajando en el taller de carpintería para conseguir un sustento económico familiar. Pero en el relato de Josep hay algunas diferencias, respecto al de Iryna, o al de Rocío o al de Inma. Primero, que a Josep su hermana le ayudó durante todo el tiempo con los trabajos domésticos, liberándole a él de esta carga. Pero, además, Josep por las noches disponía o se tomaba tiempo para sí mismo.

*Els dies eren pels meus nanos i la meva dona i les nits eren per mi, que també era molt poc, però jo tenia que disfrutar, jo tenia que... Jo tenia que satisfer les meves necessitats físiques i psíquiques, no? Vull dir, si no estava viu estava mort. I amb tot això pues anar bebent, anar-li fotent al trango, i bueno, vaig conèixer la Carmen, vaig sortir dos anys amb ella... vaig sortir dos anys amb ella.*¹⁵⁵ (Josep, Lleida, 64)

En contraste con lo que Iryna contaba, o con lo narrado también por el resto de mujeres cuidadoras informales que participaron en esta investigación, Josep es capaz de dedicarse también tiempo para sí mismo. Sin embargo, ellas no, sus vidas ya no les pertenecen, porque están dedicándolas por completo a las necesidades de las otras personas, mientras desatienden las propias.

¹⁵³ Barcelona, 31.

¹⁵⁴ Lleida, 64.

¹⁵⁵ *Los días eran para mis niños y mi mujer, y las noches para mí, que también era muy poco, pero yo tenía que disfrutar, yo tenía que... Yo tenía que satisfacer mis necesidades físicas y psíquicas, ¿no? Quiero decir, sino estaba vivo estaba muerto. Y con todo eso pues iba bebiendo, le iba dando al trago, y bueno, conocí a Carmen; salí durante dos años con ella... salí durante dos años con ella.*

Esta situación es consecuencia de la socialización de género y el sistema socioeconómico actual, que empuja a las mujeres al cuidado. Como Purificación Mayobre e Iria Vázquez (2015:85) señalan, entre otras, esta disposición total hacia las necesidades de otras personas tiene un origen sociocultural e histórico:

El concepto de cuidado ha cambiado notablemente a lo largo del tiempo y las culturas [...] Esa actividad, antes de la aparición de las sociedades industriales, podía ser desempeñada por diversas personas de la familia extensa; pero con el capitalismo se produce una separación tajante de espacios, usos y reconocimiento social de los mismos: el ámbito público, ocupado por los varones, se destina a la producción de bienes y servicios a cambio de un salario y reconocimiento social, y el ámbito privado, habitado por las mujeres, se consagra al cuidado y atención a los otros miembros de la familia, al tiempo que queda sin reconocimiento social a causa de la extensión de la ideología que naturaliza el amor familiar y la capacidad de las mujeres de cuidar de otras personas (Martín Palomo, 2008).

Por otro lado, la cuestión de clase también debe tenerse en cuenta en este análisis sobre los cuidados. Primero, porque tener que soportar una triple jornada laboral es consecuencia de la pertenencia a una clase baja o media-baja; puesto que son personas que no pueden dejar de trabajar asalariadamente, porque de ello depende su subsistencia, y segundo, normalmente tampoco pueden contratar los servicios de cuidadoras/es formales, ya que no disponen de los ingresos suficientes para costearlo.

Por tanto, ejercer el rol de cuidadora informal es una situación que facilita la aparición de una depresión. Un rol que por otra parte, es ejercido mayoritariamente por mujeres, debido a la división sexual del trabajo en distintas sociedades, y que además está interrelacionado con la clase. Así, se puede concluir, que este tipo de desigualdad de género podría ser una de las responsables de la brecha de género en los diagnósticos de depresión, pero también de las diferencias entre grupos socioeconómico de pertenencia.

4. 1. 1. 2. Maternidades

La maternidad es una tarea de reproducción, que supone a su vez muchas tareas o roles: la gestación, el parto, la crianza, etc. Y aunque en algunas de estas fases o tareas los hechos de tipo biológico sean protagonistas, siempre hay que mantener una mirada cultural, histórica y política de los mismos y de la maternidad en general, porque los significados y prácticas que van asociados al “ser madre” son propios de cada grupo o sociedad, es decir, la categoría de madre es un constructo cultural (Abajo-Llama et al., 2016:21).

Coral Cuadrada (2009)¹⁵⁶ señala que durante el siglo XIX, en el Estado español, fue predominante el discurso de la domesticidad de la mujer, que tras un breve período republicano tomó de nuevo fuerza con la dictadura franquista y la continua exaltación de la maternidad por parte de este régimen autoritario. Según la autora, en el caso concreto de Cataluña, estos hechos hicieron que, con la llegada de la democracia, y por los cambios impulsados por los diferentes movimientos feministas, a finales de los años setenta y ochenta del pasado siglo, muchas catalanas decidieran no ser madres, o ejercer maternidades poco convencionales hasta el momento (mientras trabajaban asalariadamente, custodias compartidas al 50% con el otro progenitor, etc.). Para el caso de la CAE, Del Valle (1992), recogiendo algunas ideas de Begoña Arregi (1987), sugiere una historia parecida, que explicaría además la disminución de las tasas de natalidad en este territorio desde los años ochenta del siglo XX.

Hasta ahora solo he hablado de maternidad, porque ninguno de los hombres que participan en la investigación han nombrado el hecho de ser padres, o el deseo de serlo, como un detonante de su depresión. Mientras que para algunas mujeres (en concreto para Helena y Rocío como madres, y para Ainhoa por el anhelo de serlo), los conflictos y situaciones que vivieron en este área fueron grandes facilitadores de sus depresiones.

El relato de Helena, está muy centrado en las vivencias alrededor de su maternidad. Cuenta que su malestar comienza a los veintitrés años, cuando tuvo a su primera hija, y un año después se incrementó cuando tuvo al segundo hijo:

Yo estaba muy autista en el sentido de: veinticuatro años, mis amigos van de excursión, se van a bailar y de copas, se iban al cine... y yo no, yo hacía biberones, con lo cual estás descontextualizada ¿no? Fin de semana, no puedes ir. Son gente que luego han tenido hijos, pero en ese momento vives sola con tus circunstancias. Eso también fue una cosa que... me llevó más al límite. (Helena, Barcelona, 55)

Helena, además, comenta que, a los veintisiete años, cuando se divorció de su marido y padre de sus hijas/os, se quedó sola al cuidado de las criaturas. Siempre compaginó las tareas de crianza con una intensa vida profesional que la obligaba a desplazarse entre Lleida y Barcelona casi a diario, y unos horarios laborales flexibles y exigentes. Este doble rol, de madre y trabajadora, ha sido para Helena una fuente de conflicto y malestar, porque “o estaba aquí trabajando [en Barcelona], o estaba aquí no sé qué, apartada de mis hijos, que eso me hundía más, todo se relacionaba con los hijos. Volvía a Lleida, más hundida”. Es decir, Helena está en una encrucijada entre esas nuevas formas de maternidad y los modelos más clásicos o tradicionales de crianza, y para ella esto genera incomodidad, dudas, y muchas veces culpabilidad y frustración.

¹⁵⁶ Citada en Susana Abajo-Llama et al. (2016:23).

Sin embargo, no vemos este conflicto en Josep¹⁵⁷, que también ha sido padre y trabajador asalariado. Como Irati Fernández Pujada (2014:35) señala:

En las actuales sociedades capitalistas e industriales de Occidente, se mantiene la ideología dominante de la maternidad, que exige según Díez (2000: 169) una «entrega total» de la madre biológica. Pervive la concepción de la «buena madre», que en el siglo XVIII nace según Tahon (1995) con la «maternalización de las mujeres» (en Imaz, 2010: 145) y la proliferación posterior de las teorías psicológicas sobre el apego (Esteban, 2000, 2006). La maternidad contemporánea se ha ido definiendo según los antecedentes históricos de los últimos dos siglos, de los cuales hemos heredado el referente de la buena madre (abnegada, totalmente entregada, proveedora de la lactancia materna,...) y es a partir de ese «modelo heredado de maternidad (...) [que] las maternidades concretas y cotidianas, las nuevas maternidades, se van construyendo» (Imaz, 2010: 146), reflejando así su carácter de constructo socio-histórico.

Es decir, una buena madre es aquella que se sacrifica por su prole, y es capaz de priorizar estas tareas de cuidado, aplazando todo el resto de ámbitos de su vida (laboral, amistad, sexo-afectivo, etc.). Una vivencia de la maternidad que también Rocío¹⁵⁸, comenta como conflictiva y como detonante de su depresión. El hijo de Rocío, Josu, fue diagnosticado de hiperactividad cuando tenía pocos años, cuestión que ella vivió con gran culpa, porque después de varias pruebas médicas, le dijeron que ella misma también era hiperactiva. Además, Rocío se describe a sí misma como una madre sobreprotectora y miedosa, que sufre constantemente imaginando situaciones peligrosas o problemáticas en las que puede acabar su hijo. Pero también, cuenta que en el instituto al que iba su hijo, el profesorado y la dirección, siempre la culparon a ella de que Josu tuviera problemas en el aula. Según Rocío, nunca quisieron aceptar el diagnóstico de su hijo, y le decían “*porque [Josu] no tiene límites, porque la culpable eres tú, porque tú quieres un San Josu, y el niño es perfecto y no tiene ningún problema*”. Así, vemos de nuevo cómo la etiología de las depresiones se enraíza en lo sociocultural; en este caso en la ideología y práctica sostenida por algunos profesionales de la salud y de la educación.

Otra de las desigualdades en el ámbito de la maternidad es la diferencia de cargas en relación a la paternidad. Rocío vive con Gorka, su marido y padre de Josu, con él que comparte la crianza, pero no de forma igualitaria.

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,

¹⁵⁷ Lleida, 64.

¹⁵⁸ Gipuzkoa, 58.

porque él le ha cuidado un montón, pero que Josu era mío. 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. (Rocío, Gipuzkoa, 58)

Por otra parte, el tema de la maternidad también es fuente de malestar para algunas mujeres, que, sin ser madres, sienten el deseo de serlo, como en el caso de Ainhoa. Esta alavesa de treinta y tres años, se emociona durante la primera entrevista mientras habla del tema. Ella siempre ha querido ser madre, pero es un deseo que cada vez cree más difícil de alcanzar. Por un lado, sufre de un trastorno de las glándulas hipo-tiroideas que le está generando una “*menopausia precoz*”. Y, por otro lado, después de ocho años de relación, hace apenas dos años que rompió con su pareja heterosexual de entonces.

Claro, al dejar la relación, treinta y un años, ¡ostras!, ahora para cuando consiga tener una relación estable en la que yo me pueda plantear ser madre... también teniendo en cuenta que podría ser madre soltera, pero bueno, eso al final no lo contemplo de momento. Pues para llegar a esa situación, no sé qué edad iba a tener. Las cosas van más rápido con treinta años, pero me imagino que me costaría llegar a esa situación, y entonces al pensar que quizás no vaya a ser madre se me hace muy duro [se emociona, limpia sus lágrimas y se le entrecorta la voz]. Claro, ahora yo estoy en la situación en la que gente muy cercana de mi cuadrilla está empezando a ser madre y me afecta mucho. No me hace ilusión que sean madres, y realmente lo que me pasa es que me disgusta que sean madres [casi llorando], me hace ilusión por su puesto, pero me recuerda que yo no lo soy, y que yo no lo voy a ser, y ¡puf!, es muy duro [silencio largo mientras bebe agua]. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

En este caso, el malestar de Ainhoa viene provocado por no poder cumplir un deseo que tiene. Y ella misma, a raíz de su formación y experiencia en colectivos feministas, es crítica con este anhelo, que lo ve como parte del mandato cultural, y muy condicionado por el hecho de ser mujer. Y, por otro lado, de nuevo tenemos que pensar en la condición de clase, porque si Ainhoa tuviera un estatus socioeconómico elevado, quizás tendría más facilidades para cumplir su deseo y aliviar así su malestar, destinando parte de sus recursos económicos a tratamientos de fertilidad, o contando con la ayuda de cuidadoras formales para las tareas de crianza.

Además, y para finalizar, habría que considerar si la construcción sociocultural sobre la maternidad no podría estar también facilitando parte del sufrimiento de Ainhoa. En nuestras sociedades, el concepto de maternidad hegemónico está “*excesivamente encerrado en*

una idea de familia inflexible y única -es decir, la familia nuclear compuesta por un hombre, una mujer y los hijos e hijas de ambos-" (Imaz, 2006:90). Así, por ejemplo, Ainhoa quizás podría plantearse una crianza compartida con amigas o con algún familiar si no quiere hacerlo sola, y no tendría la necesidad y la angustia de tener que encontrar una pareja sexoafectiva heterosexual para poder realizar su deseo.

4. 1. 1. 3. Menopausia y vejez en femenino

Otra situación que aparece en los relatos como facilitadora de la depresión, es el tema de la menopausia. Igual que con la maternidad, pese a que es un fenómeno protagonizado por multitud de hechos biológicos, también debemos entenderla como un constructo sociocultural, porque cada sociedad tiene significados y prácticas propios al respecto. En la misma línea que otras antropólogas, Margaret Lock et al. (1998) tras estudiar las representaciones y definiciones 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.

Nuestra ideología cultural sobre la menopausia está condicionada por el modelo biomédico, que es el hegemónico en las sociedades analizadas -vasca y catalana-. Este modelo sostiene una concepción del cuerpo de las mujeres como único y universal, siempre en relación al ciclo reproductivo (Martin, 1987; Esteban, 2001), y muy ligado a las funciones hormonales. En las décadas finales del siglo XX, además, la menopausia se fue construyendo como un nuevo síndrome clínico, con multitud de síntomas asociados, que están resignificando este fenómeno como una enfermedad que aparece por igual en todas las mujeres, y que está muy asociada a la disfuncionalidad hormonal (ibídem), por lo que se consideró que la mayoría de las mujeres se podían beneficiar de tratamientos hormonales. Una construcción que ha sido posteriormente replanteada por el impacto de algunos estudios que mostraron el riesgo de utilizar de modo indiscriminado estos tratamientos para paliar algunos síntomas

Rocío siempre habla de su menopausia como un factor que ha facilitado su depresión, porque frente a todos los obstáculos y conflictos que ha tenido que ir sorteando con su maternidad y el cuidado de su hijo Josu, siempre estuvo mucho más preocupada debido a los "*desajustes hormonales*" de ese momento. Cuando le pregunto si el hecho de ser mujer ha podido influir en el surgimiento de su depresión, comenta:

Cuando vemos que empieza a haber problemas [con Josu] y tal, Gorka [su esposo] 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. A mí 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 creo que el declive, la degradación hormonal rápida, todo esto que va implícito en el hecho de ser mujer, sí creo que ayuda. (Rocío, Gipuzkoa, 58)

La interpretación que Rocío hace sobre su propio proceso podría estar condicionada por la ideología biomédica, porque es la propia de su cultura, pero además porque ella es médica de profesión. Por ejemplo, cuando le pregunto en que forma la menopausia afectó a su depresión, comenta:

Los estrógenos mantienen mucho el nivel vital, la euforia, igual que en el parto. En el parto cuando se dice la mujer está depre es porque hay una deprivación 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 ¡plaf!, 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 gestionar puede llevarte a una depre o a un bajón. (Rocío, Gipuzkoa, 58)

Pero ella misma, más adelante relaciona esa etapa de su vida, no sólo con cuestiones hormonales, sino con otros elementos:

Yo sí creo que es muy importante el tema hormonal, sobre todo en la menopausia, por todo lo que acarrea, pero no sólo hormonal, sino con todos los cambios, y por las situaciones en las que se puede dar la menopausia: abandono del nido del hogar... Muchas cosas que se juntan en ese momento y depende de cómo te pille a ti, te puede dar el bajoncillo. No sólo por la hormona sino por la situación, por el momento de tu vida en el que se da. [...] A nivel hormonal hay cambios y se 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. (Rocío, Gipuzkoa, 58)

Rocío, no sólo habla de la menopausia desde un punto de vista biomédico, sino también de otros acontecimientos que llegan con la madurez, y que también es otro de los factores que podrían estar facilitando la aparición de las depresiones. Sobre esto, Anna Freixas Farrè (2008:48) señala que la menopausia está descrita como enfermedad por la cultura biomédica, pero que existe otra menopausia, entendida como un momento de cambio de la vida de la mujer, próximo a la vejez, dónde la persona se cuestiona lo que ha hecho y ha dejado de hacer.

En relación a la vejez, Robert Butler (1969) definió el edadismo (*ageism*) como el complejo de concepciones y prejuicios socio-culturales que discriminan a las personas por ser viejas. Nuestras sociedades adolecen de otra jerarquía más debido a una ideología cultural de la edad obsesionada con la juventud. Y no sólo entre las mujeres. Por ejemplo, Andrea¹⁵⁹ ya se siente viejo; es de las primeras cosas que me dijo cuando nos conocimos y entonces él tenía cuarenta años. Siente que ya ha vivido casi todo, o al menos que su juventud ha pasado sin lograr saborearla. Durante el trabajo de campo este tema también es muy recurrente; para él es un fracaso rotundo no haber alcanzado el éxito profesional “*¡a mis cuarenta años!*”, o habla de sus múltiples canas y sus arrugas incipientes como de un destino fatalista y próximo.

Sin embargo, como Freixas (2008:43) señala, el edadismo no afecta de igual forma a hombres que a mujeres. Para esta autora, el edadismo provoca que la vejez se identifique

con elementos peyorativos como enfermedad, disminución de las capacidades mentales, fealdad, dependencia, aislamiento, pobreza y depresión, más allá de lo que la evidencia cotidiana puede mostrar como cierto (Butler, 1969). En el caso de las mujeres mayores los términos utilizados para definir las tienen connotaciones aún más negativas, corroborando el hecho social y cultural de que el envejecimiento de las mujeres está marcado con potentes imágenes mentales desmoralizantes que funcionan como profecías de autocumplimiento (Covey, 1988).

Esta cuestión podría ayudar a explicar por qué aumenta la tasa de cronicidad de las depresiones según avanza la edad, pero también el incremento del número de diagnósticos en general en personas mayores, y en concreto entre las mujeres. Y de igual forma, está aportando pistas para entender por qué la menopausia, tal y como se entiende desde la biomedicina y como fenómeno que anuncia la proximidad de la vejez, puede estar facilitando la depresión entre mujeres de avanzada edad.

4. 1. 1. 4. Conflictos con los modelos hegemónicos de género

Hasta ahora se han señalado varios aspectos relacionados con el género, que sitúan a las mujeres en una situación más desfavorable frente a la aparición de las depresiones. Pero en general, se podría asegurar que la vivencia de los modelos hegemónicos de género, al menos el de feminidad, es una fuente de sufrimiento o malestar. Itziar, feminista en el ámbito de la militancia y profesional, relaciona muchas veces determinadas situaciones y acontecimientos de su biografía que facilitaron sus depresiones con las desigualdades de género que ella misma ha vivido siendo mujer. En un momento de la entrevista comenta:

¹⁵⁹ Barcelona, 40.

A las mujeres nos han dicho que tenemos que ser de una forma, tenemos que actuar de una forma, y tenemos que tener unas funciones. Si no cumples, o sea, tienes, tienes un abanico bastante amplio. Pero siempre y cuando no salgas de ese molde. ¿Qué pasa cuando sales de ese molde? Y piensas que no quieres estudiar, que no quieres ser buena esposa, que no quieres vivir en un pueblo... [ríe] seguir a tu novio. ¿Qué pasa entonces? Todas las expectativas que te has creado tú, a ti misma, o que han creado, que te han creado a ti, por ser mujer... pues caen. Y claro, tienes que construir desde cero. Igual algunos cimientos están ahí, pero otra... la función central que debes de cumplir en esta vida es... pues no existe. Y claro, si no... si el eje central no está ahí, ¿qué haces? Es súper difícil. O buscas, pero claro para buscar tienes que tener entorno, en un pueblo pequeño es muy difícil, por eso digo que al final en la ciudad, o sea, tienes alternativas, tienes amigas treintañeras que no tienen hijos, tienes conciertos para ir y conocer a nueva gente, pero... según dónde estés, pues, varía mucho, las posibilidades. Entonces la gente yo creo que ni se lo plantea. No se plantea tener en vez de, solamente una función en esta vida, que puede ser la de la mujer ser madre. Pues no, o sea, puedes tener muchas más expectativas, otros proyectos, aparte de ser madre [ríe]. Pero yo me doy cuenta de que arraigado tengo eso de ser buena chica, buena estudiante, buena, buena, buena... Y yo como que no cumplo las características de una chica, de una mujer, muchas veces, en muchos sentidos. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Itziar habla de una crisis con el modelo hegemónico de feminidad que, de alguna forma, la deja sin referentes, sin una explicación sociocultural compartida de cómo debe actuar. Por otra parte, salir de estos moldes rígidos de género es un esfuerzo, y muchas veces no hay en nuestros entornos personas afines con las que compartirlo u otros referentes. Algo que recuerda a la idea de crisis de la presencia que discutí en el capítulo anterior sobre fenomenología.

En cuanto al modelo de masculinidad hegemónico, Carlos¹⁶⁰ comenta, que no ser “el hombre que mi padre hubiese querido que yo fuera” siempre supuso tensiones familiares. Andrea también se queja de que, para él, la vivencia del modelo de masculinidad hegemónica ha sido un facilitador de sus depresiones. Cuando le pregunto por sus experiencias en el ámbito de lo emocional, contesta:

Yo he crecido en un contexto muy heteropatriarcal¹⁶¹, en un pueblo muy machista, en un grupo de amigos muy machista, tan machistas, que hay algunos que se sienten más hombre si follan con otros hombres, porque son activos; en ese nivel de

¹⁶⁰ Bizkaia, 43.

¹⁶¹ Andrea nació y se crió en un municipio pequeño de Argentina.

machismo. En un pueblo donde si hay un chico que sale del armario lo van a mirar como en el zoológico. Y le hacen rondas para mirarlo. 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. He intentado [prácticas sexuales con otros hombres], pero no hay manera. (Andrea, Barcelona, 40)

Andrea, en las últimas frases, está introduciendo otra de las características del sistema de género hegemónico; la heterosexualidad. Por tanto, cualquier persona que tenga una vivencia de su sexualidad diferente, queda excluido de lo normal, lo saludable o lo ético. Cómo Esteban y Tavora (2008:60) señalan, en nuestro sistema sexo-género, “*la heterosexualidad se defiende compulsivamente como obligatoria*”. Durante el trabajo de campo Andreu comenta que la no aceptación social de la homosexualidad ha sido una parte importante de su etiología en la depresión:

O sigui hi ha un problema relacionat amb la sexualitat, que sóc gai i... això no hi havia cap mena d'acceptació... i això em provocava un malestar... brutal. No poder explicar a ningú, o lo que sigui, sortir de l'armari i tot això. Al ser de poble, la família, una família molt conservadora, de missa i tot això. [...] Jo penso que es va barrejar amb el tema depressió, no acceptació... no acceptació d'aquesta sexualitat, autorrepressió d'això.¹⁶² (Andreu, Girona, 43)

Por tanto, no solo las situaciones como cuidadora informal, la vejez en femenino, o los modelos hegemónicos de maternidad son facilitadores de una depresión, sino que en general, la existencia de modelos rígidos de género -cisheteropatriarcales¹⁶³-, están configurando un panorama de desigualdades, que provocan sufrimiento y que ayudan al surgimiento de las depresiones.

¹⁶² O sea, hay un problema relacionado con la sexualidad; que soy gay y... eso no hay forma de aceptarlo... y eso me provocaba malestar... brutal. No poder decírselo a nadie, o sea, salir del armario y todo eso. Al ser de un pueblo, la familia, una familia muy conservadora, de misa y todo eso [...] Yo creo que se va a mezclar con el tema de la depresión, la no aceptación... no aceptación de esta sexualidad, autorrepresión de eso.

¹⁶³ Cisgénero se refiere a una correspondencia directa entre la genitalidad que se posee y la identidad de género. Así, un modelo de género cisheteropatriarcal, significa que las únicas posibilidades de performar el género son dentro del binarismo identitario (sólo hombre o mujer, quedando fuera todas las identidades trans), la heterosexualidad como norma, y la desigualdad y violencia entre hombres y mujeres como esencia de la relación entre ellas/os.

4. 1. 2. Violencias de género¹⁶⁴

Entiendo la violencia de género, tal y como fue definida por la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de las Naciones Unidas (1995):

Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada¹⁶⁵.

Raquel Osborne (2009), por otro lado, señala que este tipo de violencia aparece de forma directa e indirecta, y además genera un efecto intimidatorio que sufren todas las mujeres por conocer la existencia de las mismas. Estas tres maneras de afectar a la realidad son necesarias para mantener la dominación patriarcal (ibídem).

Violencia directa de género son actos contra las personas por su condición de género, tales como asesinatos, ablación de clítoris, violaciones, prostitución forzada, intercambio como botín de guerra, etc. Violencia indirecta es aquella que en principio no se reconoce como tal, pero que está mermando la integridad de la persona por su condición de género, y serían actos como: menosprecios e insultos, control económico, acoso sexual, amenazas, etc. (Osborne, 2009:20-21).

Desde la práctica psicológica y psiquiátrica se ha estudiado la relación de la violencia de género y la salud física y mental de las mujeres, especialmente en situaciones donde la violencia aparece en el ámbito de la pareja. Alguno de estos estudios son el de A.E. Bonomi, et al. (2006)¹⁶⁶ en el contexto de EE.UU., el de J.Y. Wong et al. (2011)¹⁶⁷ situado en la República China, el de Hanna Karakuła-Juchnowicz et al. (2017) sobre la realidad polaca, o el de S. Lagdon, et al. (2014)¹⁶⁸ que es una revisión de estudios anteriores, la mayoría del mundo anglosajón. Todos ellos destacan la idea de que una situación continuada de maltrato psicológico, emocional o físico, provoca alteraciones graves en la salud física y mental de las mujeres¹⁶⁹, y el riesgo de padecer una depresión aumenta

¹⁶⁴ La denominación de violencia de género “logró la popularidad con la Cumbre Internacional Sobre la Mujer de Beijing de 1995; nueve años después fue adoptada por la legislación española (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género); y es, actualmente, la más utilizada en ámbito tanto mediático como académico (Moreno 2010; Rodríguez 2008). Se trata de un anglicismo, derivado de la expresión inglesa *gender-based violence* (Moreno 2010) [...] y el valor de esta denominación reside en la precisión que muestra a la hora de “poner en evidencia el carácter estructural de la violencia, de denunciar la existencia de un marco patriarcal de relaciones que hace de mujeres y hombres lo que somos y que nos impulsa a hacer lo que hacemos” (Izquierdo 2007, p. 1). De hecho, mientras que definiciones como *violencia sexista* y *machista* se limitan a nombrar la ideología que sustenta la violencia, la expresión *violencia de género* subraya los mecanismos de actuación de la estructura patriarcal, específicamente la asignación a mujeres y hombres de unas identidades de género dicotómicas y jerarquizadas que convierten a las unas en víctimas y a los otros en agresores.” (Damonti, 2017:47-48).

¹⁶⁵ Citado en Paola Damonti (2017: 50).

¹⁶⁶ Citado en Hanna Karakuła-Juchnowicz et al. (2017:70).

¹⁶⁷ Citado en Hanna Karakuła-Juchnowicz et al. (2017:70).

¹⁶⁸ Citado en Hanna Karakuła-Juchnowicz et al. (2017:64).

¹⁶⁹ Todos estos estudios sólo recogen la realidad de las parejas cisheterosexuales.

considerablemente (variando en función del contexto cultural, y de otros factores como la clase social, entorno rural o urbano, edad de las personas, prolongación del maltrato, etc.).

Entre las mujeres que han participado en la investigación, varias señalan el sufrimiento de estos tipos de violencias como detonantes de sus depresiones. Por ejemplo, Iryna¹⁷⁰ sufrió una violación con diecisiete años por parte de su novio de entonces, como venganza porque a ella le gustaba una chica de su clase. Este suceso que no recordó durante años, cree que está en la base de lo que ha sido una gran parte de su fenomenología corporal (no sentir las heridas que un día se hizo, la rabia que explotaba cada noche que salía a un pub, etc.).

Patricia, también señala una violación que sufrió con dieciséis años por parte de su pareja de entonces, como el acontecimiento que desencadena todo su sufrimiento. Durante más de quince años ha vivido una depresión muy marcada por el odio hacia los cuerpos masculinos, hasta tal punto, que cruzarse con un hombre por la calle le suponía un gran malestar (rabia, asco, miedo, etc.). También en su casa familiar, según cuenta, vivió violencia de género. Cuando le pregunto si su familia fue una forma de apoyo, comenta sobre su padre:

Era una persona que llegaba a casa... bebía mucho, llegaba y lo único que sabía era gritar y protestar por todo. Yo he vivido en un ambiente familiar un poco... alguna vez levantaba las manos. (Patricia, Araba/Álava, 38)

Patricia no es la única que sufrió maltrato psicológico o emocional. Marta narra una situación continuada de violencia por parte de su ex-marido:

Fue muy rápido porque lo conocí y a los cuatro meses ya me casé, al mes ya estaba embarazada... fue todo muy rápido. Y bueno, típico, me casé con... con alguien que me fue maltratando psicológicamente. [...] Me fui al Hipercor¹⁷¹, a la sesión de humanidades para saber que me estaba pasando... porque no entendía lo que estaba pasando y encontré un libro: Acoso moral¹⁷². Me lo leí y ahí vi lo que me estaba pasando. Ahí empecé a entender el rol de él y mi rol, ahí empecé a ver una víctima y un perpetrador, pero también empecé a ver mi víctima y mi perpetrador y ahí empecé a ver a él su víctima y su perpetrador. (Marta, Girona, 55)

Marta, durante ese matrimonio que duró casi una década, sufrió una depresión de cuatro años, de la que comenzó a recuperarse una vez que tramitó la separación.

¹⁷⁰ Barcelona, 31.

¹⁷¹ Marca de una franquicia de supermercados.

¹⁷² Se refiere al libro de Marie-France Hirigoyen (2013) que lleva este nombre por título, y que Marta, poco después de terminar la grabación de la entrevista, me mostró en la estantería de su salón.

Por su parte, Ainhoa¹⁷³ comenta que durante años vivió con su novio mientras éste sufría una depresión, razón que fue mermando también la salud de Ainhoa. Cuando ella relata la historia, por una parte describe todas las cargas emocionales y físicas propias de los cuidadores informales, pero también, al final de su historia, describe dinámicas de pareja que podrían entenderse como violencias indirectas de género (control de las relaciones, ocupación de todos los espacios propios de la otra persona, menosprecios, etc.), y que ella misma significa de esta manera.

Por lo tanto, tanto las violencias de género indirectas como directas, así como el efecto intimidatorio que esto provoca en todas las mujeres, o al menos en las participantes de esta investigación, son facilitadores de la aparición de las depresiones.

4. 2. Duelos: el sufrimiento por la pérdida

Otro de los factores que facilita la aparición de las depresiones, y que aparece en los relatos de todas las personas que han participado en esta investigación, es la vivencia de duelos, ya sean por muerte, enfermedad o desamor. Iban, que ha sufrido tres depresiones, comenta que la tercera fue la más intensa y la que más tiempo duró. Cuando le pregunto el porqué de estas diferencias, comenta:

Yo siento que había un apego muy fuerte con mi madre, y la madre nos dio un susto, que se veía que se venía el final. Eso me movió a mí mucho. Una parte del crack fue ese, como un miedo a una soledad afectiva quizás, pero a ver, tampoco te puedo decir que esa fue una de las causas. Yo sospecho que pudo ser. Y bueno, crisis afectiva por esta persona que era mi pareja, pero que hubo un momento que no, de corte, de crisis, llámale x, medio separación. Y de miedos, de soledades, de bueno, luego... eso una parte, que no te quiero decir que con eso sólo se explique, ¿eh? Ya te digo, si lo tuviera claro, te lo diría. Pero sí que un componente afectivo emocional tiene que haber, sino yo creo que tú no puedes caer tan bajo, para romperte necesitas un miedo muy potente... igual puedes conectar con las anteriores, afectivas y emocionales, rupturas. (Iban, Gipuzkoa, 48)

Entiendo por duelo el sufrimiento que se ocasiona tras la pérdida real o percibida (Carpenito, 1987) de algo o alguien con las/os que nos unía un vínculo afectivo. Los significados, prácticas, emociones e instituciones sociales que rodean a estas situaciones de pérdida son diferentes en cada contexto cultural y en cada momento histórico, pero en general, provocan incertidumbre hacia lo que no se conoce, como seguir viviendo sin la persona amada, lo que sucede tras la muerte, o incluso la posibilidad de la muerte misma.

¹⁷³ Araba/Álava, 33.

Sin embargo, la forma en que experimentamos y reaccionamos frente a estas pérdidas, está muy relacionada, como comentaba, con el contexto cultural. En nuestras sociedades neoliberales, por ejemplo, vivimos un proceso de privatización de los rituales funerarios, y no sólo porque cada vez sea más frecuente que las empresas privadas se encarguen de la realización, sino porque se han apartado de los lugares colectivos (antes se realizaban en las casas, locales, etc. todo ellos espacios comunes), para desplazarse a lugares asépticos, impersonales y por lo general, en espacios separados de la vida cotidiana y social (tanatorios público-privados a las afuera de las poblaciones). A este respecto, Rosa García-Orellán (2003:309) comenta:

*En cualquier ciudad europea y, por lo tanto, en mis propios contextos investigados (bien sea el vasco o el gallego), parece «no existir la muerte»; la manifestación externa, de la expresión estética del luto, como forma de duelo consensuada por el grupo social, es en nuestros días muy reducida. Respecto a la muerte en nuestras sociedades el antropólogo Philippe Ariès reflexiona en su monografía *L'homme devant la mort*, lo siguiente: «La société ne connaît plus de pauses: la disparition d'un individu ne trouble plus sa continuité. Dans la ville, tout continue comme si personne ne mourait. (1977:198)».*

Por tanto, las formas de vivir los duelos, que son fruto de nuestra socialización cultural, condicionan la manera de afrontar esas pérdidas. Aunque siempre hay que tener en cuenta, que esa experiencia de intenso dolor es única, y depende mucho también de la persona y su contexto de proximidad.

Siguiendo con los duelos relacionados con la muerte, para algunas de las personas participantes en la investigación, la muerte de alguien cercano fue un suceso que facilitó la aparición de su(s) depresión(es). Por ejemplo, Pilar pierde a su marido en un accidente de coche cuando aún sus hijos eran pequeños. Tras esta situación, el duelo por la muerte de su marido acaba transformándose en depresión. Según cuenta ella misma:

Mi marido falleció en accidente de tráfico, e íbamos los cuatro [el matrimonio y los dos hijos] en el coche y bueno, [sopla] eso fue... tuve brote¹⁷⁴. Luego tuve depresión también y esto me ha costado un poco más de lo normal de salir... También estuve ingresada mucho más tiempo y me ha costado más salir de ello [...] Esta última vez sí ha sido un tema... muy grave ¿no? Porque se trata de la muerte de una persona muy allegada ¿no? Sí. Quizás esta vez ha sido más... por el golpe en sí... que por¹⁷⁵ [se queda en silencio]. (Pilar, Bizkaia, 48)

¹⁷⁴ Pilar ha sido diagnosticada también de una enfermedad mental de tipo psicótico.

¹⁷⁵ Hasta ese momento Pilar había relacionado sus anteriores depresiones con la otra categoría psiquiátrica que le diagnosticaron.

Pilar plantea una cuestión difícil de contestar, y que aparece en muchos de los relatos ¿hasta dónde podemos decir que un duelo es “normal”? La fenomenología de ambas experiencias es muy parecida, pero no hablamos de un mismo fenómeno. Entonces, ¿cuándo se traspasa la frontera entre duelo y depresión? Como ya comenté, la experiencia de dolor ante la pérdida, aunque determinada por lo cultural, es también muy subjetiva y situacional. Por tanto, más que preguntar dónde está la frontera, habría que preguntarse quién y cómo se establece.

En los últimos años estamos asistiendo a una medicalización progresiva de los duelos, y prueba de ello es la modificación que se incluyó en la última revisión del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). La *American Psychiatric Association* (APA) 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 entecimiento 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 (DSM IV-TR, 2002:157). En la versión de 2002, la IV-R, estos síntomas tendrían que persistir por lo menos durante seis meses para poder diagnosticar un episodio depresivo mayor. Sin embargo, en la última versión que se publicó en 2014 (DSM-V), se rebajó a dos semanas esta condición. Es decir, si una persona estaba más de quince días triste, irascible o cansada, aunque sea como consecuencia de un duelo, esta reacción se vuelve patológica para la APA.

Esta última revisión del DSM ha sido criticada por profesionales de la medicina y la psiquiatría¹⁷⁶, pero sirve como muestra de lo que acontece en nuestras sociedades modernas y occidentales. En un intento por escapar de esta medicalización de procesos sociales y personales, y a la vez dar voz a las personas que los sufren, en esta investigación he respetado la forma de nombrar y significar que cada persona emplea en su narración. Así, aunque las prácticas y significados de las personas participantes también están mediadas por su pertenencia cultural, y por tanto, por una creciente patologización del sufrimiento por las pérdidas, desde mi labor como etnógrafa me aferro a la terminología emic para entender y nombrar las experiencias de pérdida.

Otra cuestión en relación a los duelos por muerte o enfermedad, es algo que plantea Patricia¹⁷⁷. Ella estuvo durante más de diez meses acompañando a una de sus amigas más cercana en un tratamiento médico contra un cáncer, y su posterior fallecimiento. Además, esto sucedió poco después de que Patricia tuviera un accidente grave con el coche, por lo que estuvo durante varios meses postrada en la cama y dependiendo de la ayuda de otras

¹⁷⁶ <https://amsm.es/2013/05/08/todos-rechazan-el-dsm-5-por-distintas-razones/> [Consulta: 20/05/2018]

¹⁷⁷ Araba/Álava, 38.

personas para todas sus necesidades básicas. El relato de Patricia es muy conmovedor, porque ha estado más de quince años luchando para recuperarse de su depresión, con muchos altibajos debidos en parte a acontecimientos como éstos, que iban sucediendo en su vida. Ella siempre habla de que cada nueva situación de duelo era “*otra carga emocional*” más que tenía que soportar.

También Helena¹⁷⁸ o Ainhoa¹⁷⁹ han señalado enfermedades importantes sufridas por ellas mismas como un detonante más de su malestar. En general, las enfermedades, sobre todo las de tipo crónico y/o muy graves, suponen para las personas un enfrentamiento con la pérdida de autonomía, de funcionalidad del propio cuerpo, y en muchos casos con la muerte. Aguirre (1989:27) señala, sobre la condición de enfermedad:

En toda cultura, la enfermedad (incluso la física) es una ruptura del orden. Cuando una parte del cuerpo se enferma, es todo el cuerpo el que no funciona y cuando una persona enferma, el cosmo de la comunidad a la que pertenece, queda alterado. La etnomedicina (Mandianes, 1987, 48) no procura tanto la curación, cuanto la restauración del orden cósmico (microcosmo y macrocosmo) de la persona y de la comunidad étnica.

En este sentido, la persona enferma genera una ruptura del orden cotidiano, tanto para sí misma como para su entorno, y la experiencia es de pérdida de un sentido vital colectivo. Algo que recuerda mucho a la noción de crisis de la presencia o quiebra vital que se comentaba en el capítulo anterior.

En cuanto a los duelos por la pérdida de personas amadas, ya sean parejas, familiares o amigas, también son muy frecuentes en los relatos de las participantes. Por ejemplo Iban¹⁸⁰, en la cita incluida al principio de este apartado, no sólo siente una soledad afectiva por la muerte de su madre, sino por la separación con su pareja de entonces. Pero además, según cuenta más adelante, también fue un período en el que rompió toda relación con el único hermano que tiene y con muchos de sus amigos de aquella época. Por tanto, no es raro entender que hable de “*crisis afectiva*” frente a las pérdidas. Algo que también sucede en las situaciones de violencia de género directa o indirecta, que se describieron en el apartado anterior, puesto que tomar conciencia del maltrato obliga a la elaboración de un duelo por la pérdida de relación afectiva (marido, padre, novio, etc.) con la persona maltratadora.

Esteban y Távora (2008:60), en relación al amor romántico dentro de la pareja sexo-afectiva, señalan que se convirtió en un constructo fundamental para la Época Moderna

¹⁷⁸ Barcelona, 55.

¹⁷⁹ Araba/Álava, 33.

¹⁸⁰ Gipuzkoa, 48.

con la llegada de la secularización. Una emoción que promueve el sentido de pertenencia y la cohesión social, y que ayuda a fortalecer las desigualdades de género. En la línea de lo que plantea Esteban (2011), esta idea del amor romántico se puede extender al amor entre familiares y entre personas amigas. Y aunque la pareja monógama y heterosexual se ha configurado como la nueva columna vertebral de nuestras sociedades modernas (Esteban y Távora, 2008), el amor en general es una emoción muy valorada socialmente, quizás como expansión del fenómeno anterior. Y esta misma centralidad, provoca que la pérdida de las personas (u otros seres)¹⁸¹ amadas suponga una ruptura del sentido de trascendencia (Esteban y Távora, 2008:60). Una cuestión que, una vez más, nos acerca a la idea de crisis de la presencia y quiebra de la vida.

Pero además de estos duelos por la pérdida de alguna persona querida, o de la propia salud, también existen otro tipo de duelos. Por ejemplo, como ya sabemos, Andrea vive en Barcelona desde hace quince años, pero es argentino de origen. La migración supone el abandono y el olvido de muchas cosas (Atxotegui, 2000: 83), y aunque Andrea comenta que irse de Argentina le permite vivir lejos de un entorno que considera perjudicial, en otros momentos, relata como su condición de migrante ha sido un agravante más de su depresión, y en particular, de su soledad afectiva y precariedad material. Por ejemplo, cuando le pregunto cómo se llega a una depresión, él que ha pasado por varias, cuenta lo siguiente sobre la segunda de sus crisis:

Empecé a rodar un poco: primero pasé por Bolivia un año, luego estuve en el sur de España, me volví para allí, volví a venir, hace de esto catorce o quince años. 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 a 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 [su esposa de entonces] 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. (Andrea, Barcelona, 40)

La migración supone la pérdida de los contextos que hasta el momento eran los referentes culturales y situacionales de la persona. De nuevo, como sucede cuando nos enfrentamos

¹⁸¹ También la pérdida de animales, flora u objetos con los que se tiene un vínculo afectivo intenso, pueden generar un proceso de duelo.

a la muerte, la enfermedad o el desamor, la migración puede empujar a un estado de crisis existencial, donde los marcos de sentidos conocidos hasta el momento se vuelven inservibles, y la persona queda suspendida en la nada.

Pero también existen otras situaciones de pérdida que nos enfrentan a duelos a lo largo de nuestras vidas. Cada vez que pasamos de una etapa vital a otra -infancia, adolescencia, adultez y vejez (Badillo, 1998:12)-, perdemos unas cosas y ganamos otras. Como en toda experiencia, la pertenencia cultural e histórica determina a la misma. Estas etapas vitales, así como las formas culturales de tratarlas, ya fueron estudiadas por la antropología desde los comienzos de la disciplina¹⁸² (ibídem:5). Los límites de cada etapa vital, al menos en las sociedades modernas y europeas, están delimitadas desde lo jurídico, las representaciones y roles sociales, y las prácticas cotidianas. Y en sí mismos, cada grupo de edad o de etapa vital supone una subcultura con una cosmología propia (ibídem:9). Por tanto, pasar de una a otra, genera duelos por la pérdida de sentido sobre la vida, que en muchos casos se ve intensificada por el abandono de lugares, personas u objetos.

Y como ya se comentó en el capítulo anterior, las personas que han participado en la investigación varias veces mencionaron el paso de una etapa a otra como un factor que facilitó su depresión. Por ejemplo, Joana, Carlos, Patricia o Iryna comenzaron con sus depresiones durante la adolescencia, y señalan esta época como un momento de grandes cambios y de pérdida de un sentido vital. También Andrea, cuando habla de su paso a la adultez, tiene esas mismas sensaciones, que además vive como cargas que le empujan a una situación de malestar. Por otro lado, está el relato de Rocío, Inma, Helena o Josep, para las/os que su depresión aparece más cercana a la vejez, y esta situación a veces aparece como detonante de cierta angustia o hastío por la vida.

Resumiendo, los duelos por muerte, enfermedad, desamor, migración o paso entre etapas vitales actúan como facilitadores de las depresiones. Esto no quiere decir que los sentimientos prolongados de pérdida tengan que entenderse como patológicos, pero sí que son momentos durante los que perdemos los referentes culturales, situacionales y personales que hasta entonces servía como encuadre de sentido de la vida. Enfrentarse al mundo sin unas bases sólidas a las que agarrarse, nos compromete existencialmente, y genera una ruptura vital que allana el terreno para las depresiones.

¹⁸² Por ejemplo, Arnold Van Gennep ya en 1909 acuña el término de ritual de iniciación, o Margaret Mead en 1928 publica una monografía sobre la adolescencia en Samoa (citados en Boadillo, 1998:8).

4. 3. El sistema económico neoliberal como generador de malestar

El tercer grupo de factores socioculturales que está relacionado con la aparición de las depresiones es lo relativo al ámbito de lo productivo y/o lo laboral. En las sociedades estudiadas, el sistema económico que predomina es el de libre mercado que, como Karl Polanyi (1989:225-226) señala, surge en Europa a principios del siglo XIX:

A partir de los años 1820 adquirieron entidad los tres dogmas liberales clásicos: el trabajo debe encontrar su precio en el mercado; la creación de la moneda debe estar sometida a un mecanismo de autorregulación; las mercancías deben circular libremente de país en país sin obstáculos ni preferencias; en suma, los tres dogmas se resumen en el mercado de trabajo, el patrón-oro y el librecambio.

Como denuncian algunas economistas feministas (Carrasco, 2017; Pérez-Orozco, 2014), este sistema de libre mercado, heteropatriarcal en esencia, se sostiene porque lo prioritario en nuestras vidas es todo aquello que pertenece al ámbito de lo productivo, relegando lo reproductivo a un segundo plano. Esta centralidad ha sido generada por, y genera a su vez, procesos de subjetivación donde lo laboral define a la persona como tal. Tal y como Marcela Zangaro afirma (2011:27), *“en tanto la subjetividad fundamental no existe y los sujetos se convierten en tales, la subjetividad es resultado de una práctica y el sujeto es efecto de una actividad de constitución”*, y por tanto, en un mundo donde gobiernan las reglas del mercado y lo productivo, el individuo moderno se erige como *sujeto trabajo*, en cuanto que su vida está administrada y se caracteriza por lo que acontece en el mundo de lo laboral (ibídem:30).

Por otro lado, autores como Christophe Dejours (2009) señalan que las formas productivas del sistema de libre mercado generan sufrimiento, tanto en las personas trabajadoras, como en las excluidas del sistema, que son las improductivas: desempleadas, jubiladas, “incapacitadas” para lo laboral, enfermas, etc. Como este autor advierte (ibídem:14-23), la *“servidumbre voluntaria en el contexto del sistema neoliberal”* provoca que realicemos constantes sacrificios, tanto individuales como colectivos, para seguir sosteniendo la *“guerra económica”* que promueve el capitalismo a través de los estados y demás instituciones de poder político.

Pero el liberalismo económico no es estático, sino que ha ido adoptando diferentes formas con el paso del tiempo. En general, pueden diferenciarse dos grandes fases: una primera donde la producción está basada en el sector industrial, con horarios, jerarquías y disciplinas rígidas, y donde la rutina es lo habitual. Y la segunda fase, llamada neoliberalismo o *“capitalismo flexible”*, se caracteriza por una centralidad mayor del sector servicios, y por el surgimiento de otros valores laborales y características del trabajo:

flexibilidad, autonomía y descentralización del poder (Sennet, 2000:9-11). Para las sociedades estudiadas podríamos decir que la primera fase se extiende desde el comienzo hasta finales del siglo XX, y la segunda desde entonces hasta nuestros días.

En cuanto a la etnografía, me gustaría presentar el relato de Amets, médico de veintisiete años, porque es una historia muy representativa del sufrimiento que acarrea el ámbito de lo productivo. Según cuenta él mismo, la depresión que vivió hace tres años está directamente relacionada con la preparación del examen de acceso a las plazas de Médico Interno Residente¹⁸³.

Yo creo que sí, que es una situación muy dura, que se pasa muy mal. Excepto gente... yo creo que un 50% de los que nos presentamos lo pasamos francamente muy mal. Y el otro 50% yo creo que sobrevive, yo creo que pocos son los que lo llevan con... yo creo que es difícil vivir bien esos meses. (Amets, Gipuzkoa, 27)

Este tema ocupa casi toda la primera entrevista, y son varias las cuestiones que comenta al respecto. Lo primero que resalta es la mercantilización de la fase de estudio, y finalmente, del propio proceso de selección. Según relata, desde hace unos años las academias privadas ofrecen cursos de preparación para el examen, ofreciendo guías de contenido, pruebas de nivel y una planificación de las horas de estudio. Esta situación promueve que la competencia entre aspirantes sea aún mayor y que esté determinada por el poder adquisitivo.

Hace no sé cuántos años se comercializó el tema de alguna manera, entraron las academias un poco. Antes era un tema en el que lo hacía como buenamente podías, y no estaba tan profesionalizado. Con los años se ha ido profesionalizando, han ido apareciendo academias, y ha ido cambiando el rollo. De hecho, yo lo preparé en una academia, estuve como siete meses preparándolo, pero ahora la tendencia es prepararlo más meses, la gente ya está en sexto de carrera estudiando [...] El tema de las academias es muy cabrón. Nosotros hacíamos simulacros durante quince días o una semana, y era un momento jodido, te metía una presión horrible. Metíamos los resultados en el ordenador y el ordenador te decía en qué puesto ibas, y eso era una situación de competencia continua: te decía -estás en el percentil 42, en el percentil 88, en el percentil 75-. Ahora cojo plaza, ahora no, ahora sí. Y estar así todo lo que aquello dura, ocho meses, pues a mí se me hizo muy duro. (Amets, Gipuzkoa, 27)

¹⁸³ El sistema de formación MIR permite aprender una especialización médica de forma remunerada durante cuatro o cinco años, en el marco de la sanidad pública estatal. Los exámenes de acceso se convocan anualmente a nivel estatal. En la convocatoria del 2 de febrero de 2019, 15.475 médicas/os se presentaron al examen para 6.797 plazas convocadas. Extraído de: <https://www.diariomedico.com/medico-joven/estudiar/mir/estudiar-mir-noticias/15-475-admitidos-definitivos-al-examen-mir-2018-2019.html> [Consulta: 02/02/2019]

La competitividad es el arma principal de la *guerra económica* (Dejours, 2009:22), es decir, la disputa por alcanzar un mismo objetivo, es el valor central que rige al libre mercado, y por tanto, nuestras vidas. Como Han (2012:19) señala, esta competitividad que promueve el actual capitalismo es además de tipo individualista y genera el aislamiento de las personas: el “*animals laborals tardomoderno*” renuncia a unirse a los demás, en cuanto que él es dueño de sí mismo, a la vez amo y esclavo, algo que acarrea diferencias en relación con una fase anterior del liberalismo.

En este sentido, se diferencia del sujeto de obediencia. La supresión de un dominio externo no conduce hacia la libertad; más bien hace que libertad y coacción coincidan. Así, el sujeto de rendimiento se abandona a la libertad obligada o a la libre obligación de maximizar el rendimiento. (Han, 2012:20)

Amets vivió dos periodos de preparación del examen de acceso a la formación de MIR. Durante el primero, que fue cuando aparece su depresión, la presión de competencia era aún mayor, porque el reparto de las plazas dependía de la nota. Es decir, siempre elige primero quien mejor nota tiene, y puede escoger tanto la especialidad médica como el lugar donde realizará la residencia médica. Amets quería la especialidad de cirugía, que dispone de pocas plazas, y prefería que fuera en Donostia, para no tener que desplazarse demasiados kilómetros cada día. Es decir, las expectativas de logros de Amets eran muy ambiciosas, lo que a su vez le iba generando más presión y finalmente, más frustración cada vez que creía no poder alcanzarlas:

El MIR a mí desde el principio se me hace complicado, yo creo que ya desde las primeras semanas empiezo a notar -¡buf!, ¡menudo monstruo esto!-. Hacer el examen, meter los datos, voy bien, no voy bien, sacar la plaza, no la sacaré, y esto fue generando una ansiedad muy fuerte. (Amets, Gipuzkoa, 27)

Hay que señalar que la madre y el padre de Amets también son médicos, además de su tío y su tía, con los que mantienen una estrecha relación. Situación que, según Amets, también ejercía cierto condicionamiento en la creación de sus deseos. Por ejemplo, la especialidad de su tío es cirugía, y este familiar ha sido un referente muy importante para Amets. Y, por otra parte, la segunda vez que preparó las pruebas de acceso al MIR, su deseo era lograr plaza en la especialidad de atención primaria, para lo que hay más puestos disponibles y menos competencia entre aspirantes, razón que, según indica Amets, le permitió estar más tranquilo y vivir esos meses con menos frustración y ansiedad.

La cuestión de la frustración en el ámbito laboral como un factor que facilita la aparición de las depresiones es también algo que señalan Andrea¹⁸⁴, por no haber alcanzado el éxito profesional que esperaba “a mis cuarenta años”, o Andreu¹⁸⁵ por dedicarse a otra profesión diferente a la que él deseaba. Vivimos en una sociedad donde el desarrollo de la propia subjetividad está muy condicionada por el ámbito de lo laboral (Zangaro, 2011), por tanto, no alcanzar el éxito profesional es fracasar como persona, y la responsabilidad se vive como individual, generando sentimientos de culpa y miedo (Chiva: 2018). Además, nuestra cultura de libre mercado premia ideologías como las del emprendimiento, que generan un deseo de éxito siempre mayor. Frases como “demuestra que puedes lograrlo”, “supérate”, “tú siempre los puedes hacer mejor”, “vales más de lo que crees”, “lo único imposible es aquello que no intentas” etc. son cada vez más frecuentes en todos los ámbitos de nuestra vida. Esta situación provoca sufrimiento por diferentes motivos. Por un lado, porque constantemente nos sumerge en situaciones de riesgo donde abandonamos lo seguro y conocido por aquello incierto e intangible (Sennet, 2000), lo que obliga a un constante desarraigo y menosprecio de las experiencias e interrelaciones pasadas. Y, por otro lado, tenemos limitaciones, nunca podremos estar continuamente superándonos, y esto genera finalmente un “temor a la incompetencia”, que acarrea mucho malestar en forma de miedo y culpa constata (Dejours, 2009:42-44).

Sin embargo, la cuestión del éxito profesional y la frustración que genera no afecta de igual manera a hombres y a mujeres. De la misma forma que la feminidad hegemónica se construye en relación a lo reproductivo y doméstico, la masculinidad es en relación a lo productivo y lo público. Por tanto, no es casualidad que sólo sean hombres los que relatan la imposibilidad (real o percibida) de éxito profesional como facilitador de sus depresiones, pues sus marcos de referencia (el ser hombre de forma sana, ética y socialmente correcta), aparece como un imposible, y por tanto la persona queda expuesta a un vacío existencial. Por ejemplo, Andrea¹⁸⁶ se define como *workaholic*¹⁸⁷ porque no puede disfrutar de su ocio, siendo el trabajo remunerado o productivo su único lugar de placer, y a lo que dedica la mayor parte de su día, incluidos los sábados y domingos.

Por otro lado, otra de las cuestiones que también Amets comenta en su relato, es el cansancio y agotamiento por el ritmo productivo al que se ve sometido durante la preparación del MIR.

El MIR en ese momento malo se lo comía todo, era imposible ni de noche, ni durmiendo, yo tenía ahí un trozo de la cabeza, un 20% de la cabeza que nunca

¹⁸⁴ Barcelona, 40.

¹⁸⁵ Girona, 43.

¹⁸⁶ Barcelona, 40.

¹⁸⁷ Persona adicta al trabajo.

dejaba de pensar en eso. ¡Era una puta locura! Se comió todo, fue una auténtica locura. El ocio era para descansar, para estudiar mejor, era... fue un poco... no sé cómo decirlo, cómo darle una utilidad, dejar de hacer cosas por sí mismas, era todo para, para un fin que quiero hacer, un examen bueno y coger cirugía en Donosti. (Amets, Gipuzkoa, 27)

El trabajo lo inunda todo, porque lo laboral es central en nuestras vidas. Como señala Ana María Rivas (2006:368), conciliar la vida personal con lo laboral en el sistema económico capitalista de producción y consumo es imposible, y por tanto, se están generando falsas ilusiones cuando se habla de “*políticas o medidas de conciliación*”. Una cuestión, además, que genera y acentúa desigualdades de género, según esta autora, porque la flexibilidad en la organización del tiempo laboral, no afecta de igual manera a mujeres que a hombres. Por ejemplo, Carla, Pilar, María e Iryna, durante las entrevistas y encuentros que mantuvimos, siempre se quejan del agotamiento que supone para ellas mantener el ritmo productivo de sus trabajos asalariados, a la vez que lo compaginan con su vida personal que, entre otras cosas, está marcada por las tareas de cuidados hacia las otras personas.

Por otra parte, también Andrea se queja de un cansancio extremo en relación a lo laboral, pero en su caso no está relacionado con las cargas reproductivas. Andrea, desde sus orígenes, ha vivido una situación económica precaria, que quizás se ha visto empeorada por las reformas laborales y económicas que se han sucedido en Europa y el Estado español desde la llamada “crisis económica” que comenzó en 2008¹⁸⁸. Este contexto histórico y político le obliga a largas jornadas de trabajos nada gratificantes, mal pagados y que le impiden dormir bien o descansar todo lo que necesitaría, a no poder pagarse más terapias privadas que él ve como necesarias o incluso a tener que dormir en la calle durante días por no poder asumir el pago de un alquiler. Sirvan de ejemplo estos retazos de su relato:

El segundo semestre del año pasado es de lo peor que yo recuerde. Es verdad que la UOC¹⁸⁹ 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! [...] 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 que 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

¹⁸⁸ Estudios como el de Margalida Gili (2014) muestran una relación estadística entre el aumento de los diagnósticos por depresión y el consumo de antidepresivos, con las dificultades económicas y labores que se derivaron de la llamada “crisis económica” del Estado español.

¹⁸⁹ La UOC es la Universitat Oberta de Catalunya, donde Andrea trabaja como consultor docente de varias asignaturas.

hecho [...] Pasar una pensión familiar¹⁹⁰, 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 Saräu¹⁹¹ cosas por encargo, para la UOC... todo lo que va saliendo, a todo que sí mirando para el segundo semestre porque el año pasado fue la cosa chunga, por suerte me pilló bien, si me pilla mal no sé cómo la pasas [...] 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 cómo hubiera acabado. Es jodido, tienes que hacer equilibrios entre poder cubrir necesidades básicas y sentirte bien con lo que haces. (Andrea, Barcelona, 40)

Al final del fragmento, plantea otra cuestión; la satisfacción o no con aquello que hace durante su jornada laboral. David Graeber (2018) señala que más del 70% de las/os trabajadoras/es de Europa realizan “trabajos de mierda”, lo que el autor define como:

Un empleo que es tan innecesario, incluso perjudicial, que hasta la persona que lo está haciendo cree íntimamente que este empleo no debería existir. Naturalmente, tiene que fingir: esa es la parte estúpida, que de algún modo tienes que fingir que hay alguna razón para que este empleo exista. Pero por dentro, crees que si este trabajo no existiera, o bien nada cambiaría en absoluto, o el mundo de hecho sería un lugar un poco mejor. [...] Trabajas sabiendo que tu empleo, tu trabajo, es completamente inútil.

Y como el propio Andrea dice en otro momento, “*si no sabes para qué sufrís, ¿entonces para qué vivir?*”. Por tanto, el ámbito de lo productivo en el sistema neoliberal inunda toda nuestra vida, ya sea por la flexibilidad de horarios que impone, ya sea porque nuestra identidad se ve comprometida por el mismo. Un sistema que también promueve el deseo de éxitos, muchas veces inalcanzables, generando aún más frustración y culpa cuando no se alcanzan, y que muchas veces genera situaciones de precariedad laboral, y más desde la llamada crisis económica. Pero, además, lo que hacemos cada día, aquello que sostiene nuestra vida y nuestra subjetividad, muchas veces carece de un sentido de utilidad. ¿Cómo negar entonces que el ámbito de lo productivo puede facilitar la aparición de las depresiones?

¹⁹⁰ Tiene una hija en Bolivia que está bajo la tutela de su ex-esposa.

¹⁹¹ Asociación sin ánimo de lucro que ofrece actividades de ocio para personas con diversidad funcional.

4. 4. Etiología en las depresiones: multifactorial y de tipo social

A partir de lo expuesto en los apartados anteriores, y tras los resultados del análisis, quisiera resaltar dos ideas. La primera es que los factores que han ido surgiendo como facilitadores de las depresiones, al menos en esta etnografía, nunca han aparecido de forma aislada, es decir, siempre es la suma de más de uno lo que acarrea la crisis vital. Y la segunda idea está relacionada con incidir en el abordaje sociocultural de los procesos de salud-enfermedad-atención, y en concreto de las depresiones.

4. 4. 1. Etiología multifactorial

Sobre la primera idea, quisiera remarcar que las depresiones están causadas por un conjunto amplio de factores, es decir, que incluso cuando hay una razón de más peso, no es un hecho aislado el que provoca una depresión, sino que se aúnan múltiples acontecimientos y situaciones inesperados y perjudiciales para la persona, y en la mayoría de los casos incontrolables. Por ejemplo, Carla, comenta sobre su primera depresión:

*Va ser com una acumulació... de coses, no? El meu pare s'estava morint, i jo ho havia deixat amb la meva... la següent parella ja oficial que vaig tenir [ríe]... Va ser una baixada que ja es veia a venir, però bueno suposo que es va ajuntar tot.*¹⁹²
(Carla, Girona, 43)

Marta apunta:

Claro, se me juntó la muerte de mi padre, el nacimiento de mi hija, me despidieron... porque mi jefe quería rollo conmigo y... de esto... pero yo creo que me despidieron porque... Yo en esa época yo también estaba muy mal con mi ex marido. (Marta, Girona, 55)

A esta ausencia de un detonante concreto se refiere también Ainhoa:

Pues yo realmente no sé cuándo empezó mi proceso de depresión, la verdad que he tenido claro en algunos momentos que he estado deprimida, pero yo pienso que vendrá de más atrás. No sé exactamente cuándo, ni dónde, ni cómo fue. Puedo pensar en cosas que me han afectado durante el tiempo, que me hayan supuesto una mochila, y que luego eso haya explotado. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

Y así, podríamos revisar el relato de todas las personas participantes, encontrando esta multicausalidad en todas sus narrativas. Pero, además, asociado a esta idea, otra que estás muy relacionada es la incapacidad de hacer frente a esta situación con herramientas o estrategias que hasta el momento habían sido útiles o eficaces. Andreu, comenta:

¹⁹² Fue una acumulación... de cosas ¿no? Mi padre se estaba muriendo, y yo lo había dejado con mi... la siguiente pareja oficial que tuve [ríe]... Fue una bajada que ya se veía venir, supongo que se juntó todo.

De l'amor, l'amistat, no sabia com tallar, jo sabia que havia de tallar amb aquella amistat¹⁹³. Però és clar tot, tot... la feina m'anava fatal, llavors treballava en una fàbrica, i era horrorós, fent allà vuit hores el mateix, saps que vull dir?, tot era una mena d'espiral. No en sabia sortir, no podia... no en... no en sabia. No tenia el mitjans per sortir, i després em trobava fatal. Em trobava tan malament que l'única manera, imagina't, era morir.¹⁹⁴ (Andreu, Girona, 43)

Así, la aparición de las depresiones es facilitada por una situación donde convergen múltiples factores que actúan como fuerzas depresógenas. Una crisis vital con muchos frentes abiertos, para los que no siempre sirven las estrategias que habíamos empleado otras veces. Es, por tanto, un momento de indefensión ante la vida, porque el mundo nos afecta sin que sepamos o podamos afectarlo; lo de fuera nos invade, generando así el comienzo de una crisis vital que a veces toma forma de depresión.

4. 4. 2. Malestar social o sufrimiento social encarnado

La segunda idea que puede extraerse del análisis presentado hasta ahora en este capítulo, es la importancia de lo sociocultural en la aparición de las depresiones. En torno a esta relación, Aquilino Polaino-Lorente (1989:56) diferencia entre factores socioculturales y *live events*. Los primeros se refieren a normas, valores, formas estructurales y sociales de la sociedad, y los segundos a acontecimientos estresantes que ocurren. Por ejemplo, un evento como la pérdida de empleo se vive de forma muy diferente en una sociedad individualista y centrada en el trabajo, que en otra donde primen formas comunitarias de organización social y económica. O en la misma sociedad, también se vivirá de forma muy diferente dependiendo de la clase social de pertenencia, la edad o el género.

Por tanto, en cualquier caso, aunque alguno de los factores que facilita las depresiones sea un evento, en principio azaroso, lo sociocultural condiciona la experiencia y el significado que se le otorga. Y por otra parte, tal y como se ha señalado, las ideologías de género, de tipo económico y/o de gestión de duelos hegemónicas en las sociedades estudiadas, están generando un sufrimiento personal y colectivo, que me llevó a acuñar el término de *malestar social encarnado*¹⁹⁵ en el marco de esta investigación, como una forma de abordar las depresiones desde el prisma de la etnografía corporal.

¹⁹³ Se refiere a una relación de amistad que mantuvo con un compañero de universidad del que se enamoró, pero por el que no fue correspondido.

¹⁹⁴ *El amor, la amistad, no sabía cómo cortar, yo sabía que había que cortar con aquella amistad. Pero claro, todo, todo... el trabajo me iba mal, porque trabaja en una fábrica, y era horroroso, hacía durante ocho horas lo mismo, ¿sabes qué quiero decir?, todo era una especie de espiral. No sabía salir, no podía... no en... no sabía. No tenía los medios para salir, y además me encontraba mal. Me encontraba tan mal que la única manera, imagínate, era morir.*

¹⁹⁵ Empleo por primera vez este término en la exposición oral de una comunicación en el X Congreso Vasco de Sociología y Ciencia Política, celebrado en Bilbao, 3-4 septiembre de 2015 (Zapata, 2015). Parte del contenido de esta misma exposición, más tarde fue revisado y publicado en Zapata (2016, 2017).

Para la generación de este término, me basé en las ideas de Arthur Kleinman et al. (1997) que desarrollan el concepto del *social suffering* (sufrimiento social¹⁹⁶) a partir del estudio de sociedades que han padecido los estragos de la guerra o la pobreza extrema. Estas/os autoras/es señalan cómo los factores opresores (o depresógenos) de las estructuras socio-económicas en las que vivimos, junto a la manera en que se elabora el padecimiento dentro de estas situaciones de desigualdad, suponen mayores posibilidades de enfermar en general, y en particular en toda la esfera psicológica. También Arachu Castro y Paul Farmer (2003:31) explicitan cómo la violencia estructural de países empobrecidos es la causante de enfermedades como el sida porque impide “*desarrollar y llevar a la práctica una mínima autonomía individual o colectiva*”. Es decir, desde la antropología médica y de la salud, han sido múltiples los estudios que muestran evidencias de la relación entre el sufrimiento generado por lo sociocultural y las afectaciones sobre la salud de las personas.

Esta noción de sufrimiento social pretende enlazar el “*universo social y el ser corporal (body-self)[...] por tanto, identificar el proceso sociosomático que conecta el mundo social con el individuo en tanto que ser corporal*” (Kleinman y Kleinman, 2000:17). Esta importancia de lo corporal, es lo que me invitó a acuñar un nuevo término donde fuera aún más explícito la importancia y centralidad de lo la dimensión encarnada de la experiencia.

Además, malestar social encarnado es también una noción -siempre inspirándose en el concepto de *social suffering*¹⁹⁷- que quiere poner en el centro del debate sobre los procesos de salud-enfermedad-atención la importancia de la dimensión política, moral y económica en la generación de los mismos. Kleinman y Kleinman (2000:21) lo expresan contundentemente: “*El poder social rompe cuerpos*”. Y es a partir de esas experiencias que también se movilizan las respuestas colectivas e individuales de resistencia y contestación.

En este sentido, Good y Kleinman (1985:494), en un monográfico que elaboraron sobre la depresión desde una perspectiva transcultural, la definen como una enfermedad que, al estar tan determinada por lo social, los juegos de poder propios de cada cultural servirían para explicar las diferencias etnográficas entre los significados y experiencias mismas de la depresión. Razón, por ejemplo, que justificaría por qué en las sociedades anglosajonas europeas, que son eminentemente heteropatriarcales, hay un número mayor de mujeres afectadas de depresión.

¹⁹⁶ En una publicación posterior, Arthur Kleinman y Joan Kleinman (2000:17) definen el sufrimiento social como “*una categoría que abarca totalmente la salud y el sufrimiento social en la cual la moral, la política y la medicina son entendidas como realidades interconectadas. Esta categoría remolarizante incluye una variedad de formas de adversidad humana que están actualmente separadas: enfermedades, discapacidades, por supuesto, pero también, la pobreza, la falta de poder, el abuso de sustancias, la violencia, los desplazamientos, y otros efectos traumáticos de las condiciones y las instituciones sociales, incluidos aquellos promovidos por políticas y programas.*”

¹⁹⁷ En relación a la etnografía que realicé, me pareció más adecuado el término de malestar que el de sufrimiento. Kleinman et al. (1997) emplearon el término de sufrimiento (*suffering*) refiriéndose a las consecuencias acontecidas tras vivencias traumáticas como un encierro forzoso y prolongado, una guerra o cualquier otra situación de violencia sostenida. Sin embargo, la mayoría de situaciones que han señalado las personas entrevistadas como causantes de su depresión, son experiencias que tienen que ver con estructuras de desigualdad, y quizás alguna de violencia, pero no tan extremas como las descritas por Kleinman et al. (1997).

Por otro lado, Francis (2003:604) se pregunta sobre el aumento de los diagnósticos por depresión en las sociedades occidentales a finales del s. XX. Por un lado, como señala la autora, vivimos en un mundo social y económicamente cada vez más individualista, con mayores desigualdades económicas y violencia estructural, debido en parte a la expansión y consolidación del liberalismo económico. Pero, por otro lado, también hay una medicalización cada vez mayor de los malestares producido por los social. Es decir, y como veremos en el siguiente capítulo sobre biopolíticas, la biomedicina se impone como único marco explicativo para el sufrimiento humano, pero esto no justifica que podamos curar con *Prozac*¹⁹⁸ la alienación social que existe en un sistema desigualitario (ibídem:605).

En esta misma línea de pensamiento, Carmen Prada (2018)¹⁹⁹ comenta:

Como sociedad, estamos instalados en una convicción emocional en la que nos parece que todo lo que sea disforia, no placer, puede ser enfermedad, para la que tendría que haber un tratamiento. El sufrimiento se vive como una situación no tolerada y la frustración no se entiende como algo que hay que superar, sino como algo que no debe existir. Eso lleva a las consultas muchas peticiones de tratamiento para algo que no lo tiene porque no es enfermedad. Se trata de situaciones adversas de la vida como pérdidas afectivas, conflictos de relación, problemas económicos... que debemos aprender a gestionar. En cualquier caso, hay que observar la evolución porque, cuando el individuo se expone a mucho estrés, se vuelve más proclive a desarrollar una enfermedad y es posible que lo que empieza como sufrimiento vital acabe en cuadro depresivo o ansiedad o trastorno mental grave.

Por tanto, debemos ser cautelosas/os a la hora de nombrar determinados malestares sociales encarnados como enfermedad, porque corremos el peligro de patologizar el descontento social. Pero también, tendríamos que crear o fortalecer ideologías socioculturales de los procesos de salud-enfermedad-atención que incluyan el componente sociocultural como elemento central de estudio, y de comprensión del fenómeno. Es decir, las enfermedades no son algo individual y fisiológico, sino que incluyen la totalidad de la persona y están determinadas por entramados culturales de las dimensiones macro y micro de lo social. Tal y como Kleinman y Kleinman (2000:32) proponen, a partir de una noción sociosomática del sufrimiento humano, se llega a comprender que el sujeto es simultáneamente político, moral y médico, y por tanto, la mirada a determinados fenómenos debe ser un caleidoscopio de factores y paradigmas, que ayuden a romper dualismos como el de individuo-sociedad.

¹⁹⁸ *Prozac* es la marca comercial de un psicofármaco antidepresivo, cuya base es la fluoxetina, y que surge en la década de los años 70 en EE. UU.

¹⁹⁹ Entrevista realizada en un periódico digital. Extraído de: https://www.diariocordoba.com/noticias/cordobalocal/el-dolor-vida-no-es-enfermedad-es-construye-personas_1255700.html [Consulta:10/10/2018]

CAPÍTULO 5

BIOPOLÍTICA DE LAS DEPRESIONES. UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA A LA GESTIÓN DE LA VIDA²⁰⁰

*Ya lo dijo Nietzsche: tras la muerte de Dios, la salud se eleva a diosa.
(Han, 2012:29)*

En este capítulo abordaré el contexto sociocultural donde se re-producen las depresiones y los procesos de recuperación. Pretendo así hacer un esbozo de aquellas características políticas, económicas, sociales, culturales y morales que conforman el entorno, y por tanto, tal y como advierte una de las leyes de la Gestalt²⁰¹, las que permiten ver la figura.

No podemos entender lo sociocultural como algo fijo y estático, sino que se trata de un entramado de redes, actrices/actores e instituciones, que van cambiando su forma y también los vectores que los relacionan. Es decir, lo sociocultural es algo dinámico, y es tanto símbolo e ideas, como materialidad y sensaciones. Por lo tanto, para poder entender

²⁰⁰ Tal y como he mencionado en la introducción, este capítulo se ha visto fortalecido gracias al trabajo realizado con Barba en torno a las semillas y los psicofármacos como cuerpos biotecnológicos, y ubicado en el contexto vasco (ver Barba y Zapata, 2018).

²⁰¹ La teoría de la Gestalt, que proviene de la psicología humanista alemana, se caracteriza sobre todo por la promulgación de leyes sobre la percepción humana, entre ellas, la ley de la figura y el fondo. Esta ley afirma que, para poder percibir una figura, siempre hace falta diferenciarla del fondo donde está, y para eso es necesario encontrar los límites entre ambos.

el fenómeno que estudio, y en general el total de procesos de salud-enfermedad-atención, es necesario conocer esa estampa sociocultural, histórica y política donde acontece, es decir, su contexto biopolítico.

Kleinman y Kleinman (2000), comentan:

Estamos tan acostumbrados, a finales del siglo XX, a aceptar las divisiones burocráticas estándar para tratar los problemas humanos que parece que raramente consideramos alguna cosa. Una de ellas, si esas divisiones entre ámbitos separados de la salud, bienestar social, justicia criminal, refugiados/inmigrantes, y aún otros problemas humanos, son válidos y útiles. Otra no menos importante, si lo que ha sido dividido en diferentes categorías debería ser reconstruido como una especie de campo único de la adversidad con algunas ventajas, teóricas y prácticas para nosotros. Al aceptar las categorías burocráticas y las prácticas autorizadas como un producto nacido de «la articulación propia de la naturaleza», como reconoce el cliché, omitimos la crítica a esas categorías y prácticas como objetivizaciones que construyen, esencializan, y simplifican el siempre confuso campo de la experiencia humana de acuerdo con fuerzas históricas, culturales, y político económicas, que son las que dan forma al mundo social. Esta falta de crítica cultural significa que venimos aceptando el mundo social de «las cosas tal como son», sin examinar cómo está prefigurado, preordenado y preparado para aparecer de una manera y no de otra.

Este capítulo pone en cuestión algunas de las categorías socioculturales que existen en el entramado de los procesos de depresión, con el propósito de reflexionar sobre aquellos significados, representaciones y experiencias que damos por sentado, pero que deberíamos como antropólogas, y siguiendo los consejos de Kleinman y Kleinman (2000), ponerlas en discusión.

Para alcanzar ese objetivo, en los siguientes apartados llevo a cabo un recorrido por las diferentes dimensiones de las biopolíticas actuales que están presentes en las sociedades occidentales, y que afectan directamente a los procesos de recuperación en depresiones de las personas que han participado en la investigación. De esta forma, pretendo describir aquellas ideologías y prácticas socioculturales que están regulando la vida (y la muerte), y por tanto, la existencia misma. En concreto, el primer apartado es un breve encuadre sociohistórico de la situación biopolítica actual, centrada en la importancia e influencia de la biomedicina como canal para la aplicación y desarrollo de esas formas de gobierno, y en la función que la depresión está ejerciendo en ese entramado sociocultural.

Después, se presentarán tres de los dispositivos²⁰² de control biopolítico que han aparecido mayoritariamente en la etnografía que realizo: el diagnóstico, los psicofármacos, y el discurso terapéutico. Cada uno de ellos se abordará en un apartado propio, pero siempre hay que entenderlos en relación porque no actúan de forma aislada, sino que son partes de un mismo entramado biopolítico. La presentación de estos dispositivos tiene por objetivo describir y analizar en qué medida y de qué forma están influyendo en la experiencia y significado de las depresiones y su recuperación.

Y en último lugar, se recogerán algunas ideas y reflexiones que han surgido a lo largo del análisis, y en relación con la noción misma de vida (*bio*). A partir de la propuesta feminista de poner la vida en el centro, que han desarrollado, entre otras, autoras como Cristina Carrasco (2017) o Amaia Pérez-Orozco (2014), he querido reunir algunos significados socioculturales, y aquellas prácticas que los configuran, sobre nuestra noción de vida (y muerte) y por lo tanto, de salud (y enfermedad), y presentar así, nuevos horizontes posibles.

5. 1. Biopolítica actual y la función social de la depresión

Tal y como Roberto Esposito (2006:28-40) señala, el concepto de biopolítica fue acuñado por primera vez en 1916 por Rudolf Kjemmen, para dar cuenta de la imposibilidad de la política de superar “lo natural”, y para subrayar cómo las leyes de la biología también ayudaba a explicar la vida cultural. Desde entonces, este concepto ha sido empleado y definido por otras/os autoras/es, como Morley Robert (1938)²⁰³, A. Starobinski (1960)²⁰⁴ o Asomit y S. A. Paterson (2000)²⁰⁵, y desde corrientes y perspectivas tan diversas como la organicista, la naturalista o la neohumanistas (Esposito, 2006:28-40).

Pero sin duda, es Michel Foucault (2006b, 2012) quien destaca por la profundidad de su análisis, y por la centralidad de este concepto en toda su obra. Este autor desarrolló la noción de biopolítica, para referirse a las nuevas formas de gobierno que acontecieron al pasar de la Edad Media a la Modernidad. Foucault

desarrolla la tesis de que el poder del soberano de conservar la vida o dar la muerte, propio de la sociedad de la Edad Media, se convierte en una política de la vida del cuerpo social en el mundo moderno. La modernidad, especialmente en el siglo XVIII, vino caracterizada por el afán de productividad y eficiencia. La sociedad, entendida como un cuerpo compuesto de individuos, debía ser sometida a control y regulada

²⁰² Dispositivo es “*un mecanismo o artificio para producir una actividad prevista*”. Extraído de: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=Dxo9GVr> [Consulta: 2018/17/08]

²⁰³ Citado en Esposito (2006:32).

²⁰⁴ Citado en Esposito (2006:36).

²⁰⁵ Citado en Esposito (2006:40).

para mantener su propia vida y mejorar su eficiencia. (Cruz, 2017:188)

Con el poder soberano la vida no pertenecía a los propios súbditos, mientras que, en el poder gubernamental, con la aparición de los estados, comienza a surgir la idea de la vida como propiedad privada, y es entonces cuando se desarrollan múltiples dispositivos de control estatal con el fin de potenciarla o conservarla (Foucault, 2006b). Es decir, se pasa de un poder de dar y quitar la vida, a un poder de cómo hacer vivir y dejar morir (Zamora, 2014:148), característico de los estados modernos, y *“la política de la Edad Media, que se ocupaba de la guerra y la administración de penas contra delitos, deviene en la Edad Moderna en una bio-política que pretende la salud del cuerpo social”* (Cruz, 2017:189).

Estas nuevas formas de gobierno de la vida, como una *“comprensión de la sociedad en términos de cuerpo sobre el que se ejerce un poder-control de cara a su inmunización”* (Cruz, 2017:188), se ejercen en dos ámbitos, complementarios entre ellos. Uno es sobre los cuerpos individuales, por medio de disciplinas de tipo corporal, y el otro sobre el cuerpo social, por medio de mecanismos de control poblacionales. Pero la finalidad siempre es la misma: el aumento de la productividad en términos de capital (ibídem:189).

En este proceso histórico y político, la (bio)medicina jugó un papel central como herramienta para modelar y controlar la vida (y la muerte). Así, hay que entender que los modelos médicos surgen en entramados culturales concretos, siendo parte, además, de la cosmovisión de los grupos sociales de pertenencia. Pero el modelo biomédico, tal y como señala Martínez-Hernández (1996:136), no es sólo una ideología para entender la salud o la enfermedad, sino que su ámbito de alcance es tal, que se debe entender como un *sistema cultural*, en el sentido propuesto por Clifford Geertz (1987)²⁰⁶:

Geertz, en un ya clásico artículo sobre la religión, ha planteado que un sistema cultural implica un modelo de la realidad y un modelo para la realidad que permite, por un lado, dar un sentido y una forma conceptual objetiva a la realidad social y psicológica, y, por otro, modelarlas según esas mismas estructuras culturales (1987:92). (Martínez-Hernández, 1996:137)

Así, la biomedicina, y la psiquiatría como subdisciplina de la misma, son sistemas culturales, en cuanto que organizan nuestras cosmovisiones culturales y accionan determinadas prácticas y discursos sobre el total de la realidad, incluida, por supuesto, la propia experiencia de la enfermedad, que está marcada por los significados e ideologías culturales (Good, 2003). Como Bryan Turner señala (1989:17), *“las enfermedades siempre encierran y expresan cuestiones morales, políticas y seculares de la época”*. Este mismo autor plantea un análisis sociohistórico del desarrollo de la medicina moderna en la Europa

²⁰⁶ Citado en Martínez-Hernández (1996:137).

occidental -la biomedicina-, desde su origen en el Renacimiento hasta la actualidad, y advierte que, durante los siglos XIX y XX, se va configurando un cambio social y cultural importante, con el que la medicina va sustituyendo a la religión como guardiana del orden moral. A partir del análisis de diferentes acontecimientos históricos y culturales, Turner plantea que la influencia de la religión y la Iglesia (católica, cristiana, ortodoxa, protestante, etc. dependiendo de la zona), como gestoras del orden moral social, ha ido mermando en pro de la ciencia y el reglamento médico, como una consecuencia o características del capitalismo moderno y el auge de los estados-nación. Así, en el imaginario colectivo, hasta el s. XVIII la enfermedad estaba asociada a problemas del alma, y muchas veces la sanación pasaba por espiar los pecados. Es a partir del siglo XIX y principios del XX, con el auge del positivismo y una aproximación médica mucho más racionalista, que se va generando un paulatino proceso de medicalización²⁰⁷ de la sociedad y del cuerpo humano. En esta historia, aparece la moderna psiquiatría de forma tardía pero con fuerza, y rápidamente se consolida como subdisciplina médica, con figuras como Emil Kraepelin o Sigmund Freud (Turner, 1989).

Esta nueva forma de gobierno biopolítico responde a las necesidades de una fase del sistema económico capitalista, en la que los cuerpos “sanos” de las trabajadoras eran imprescindibles para mantener la productividad y los ritmos industriales del momento (Foucault, 2006b). Un momento histórico, además, en que las aglomeraciones masivas en los arrabales de los centros urbanos, fruto de las corrientes migratorias del campo a la ciudad, comienzan a ser un hervidero de enfermedades y epidemias como consecuencia de unas condiciones de vida más que precarias (hacinamiento, falta de suministros básicos, chabolismo, etc.). Por tanto, se comienza a imponer un régimen disciplinario sobre el cuerpo y sobre el total de la sociedad (cada una metáfora de la otra), donde lo sano y lo enfermo, lo normal y lo patológico, marcan las fronteras de lo socialmente aceptable, y la biomedicina moderna se convierte en centro de control.

Un proyecto biopolítico que se ha extendido más allá de las fronteras occidentales. Como Rosa M. Medina Domenech (2005) señala, la medicina ha sido y sigue siendo un medio eficaz y efectivo para imponer el orden colonial y postcolonial, primero en el Norte y actualmente en el Sur Global²⁰⁸. El modelo biomédico no tolera más verdad que la suya (Kleinman, 1993), y esto implica que se apliquen recetas generalizadas y deslocalizadas en diferentes lugares, cuando se ejerce la autoridad de un sistema científico-técnico y

²⁰⁷ Romaní (1999:39) define la medicalización como *“un fenómeno que incluye diversos procesos históricos de largo alcance, y a través del cual podemos detectar que ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente van siendo objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control, por parte de la corporación médica”*.

²⁰⁸ “Norte Global” y “Sur Global” son términos que hacen referencia a una relación de dominación y opresión que a menudo tienen como base el norte y sur geográfico, pero no siempre, y con los que se marca el carácter político y económico de las relaciones desiguales entre los territorios. Boaventura de Sousa Santos y Maria Paula Meneses (2014) enfatizan la dimensión epistemológica colonial de estas relaciones de dominación, y señalan que también existen tanto grupos colonizados en el norte geográfico, como *“pequeñas Europas”* en el sur.

científico-médico occidental, que bajo la *“apariencia de universalidad”* se ha establecido como el centro de conocimiento y poder, mientras niega otras formas culturales, creándose así el centro y la periferia de un sistema de pares dialécticos (Medina, 2005:85). Por lo tanto, hablamos de un contexto biopolítico que es global, es decir, de un *sistema-mundo* (Wallerstein, 1979) donde las diferentes localidades están interconectadas entre ellas, a partir de las relaciones de poder y dominación de centro-periferia, y donde cada una desarrolla ciertas peculiaridades en las formas de sometimiento, pero también de resistencia y contestación.

Así, podemos entender la biopolítica como una medusa con multitud de tentáculos, que se extienden en varias direcciones pero que al final, todos son parte de un mismo núcleo (o cuerpo). No es mi objetivo hacer un boceto de todo el entramado biopolítico actual, sino de aquellos tentáculos que tienen una relación directa con los procesos de depresión y recuperación.

5. 1. 1. *Función social de la depresión*

Si pensamos en la depresión como un “producto” de la biomedicina, y a ésta como un vehículo por el que se administra la biopolítica actual, podemos entonces entender la depresión como un fenómeno que cumple algún tipo de función social, es decir, que sirve o que tiene una funcionalidad en el engranaje total de nuestra sociedad.

Tal y como se vio en el primer capítulo, la antropología tiene una larga trayectoria en el estudio de la enfermedad y la salud mental. Entre otras/os autoras/es, Aguirre (1989) advierte que el hecho depresivo parece ser universal, pero, sin embargo, no hay una nosología idéntica o una única forma de entenderlo, y por tanto, la experiencia y significado de las múltiples formas culturales, responden a su contexto de origen. Como ya se ha comentado en el capítulo sobre fenomenología, podemos entender el tarantismo como un paralelo cultural, pero también existen otros posibles como, por ejemplo, el susto o el espanto en México, así como la tiricia en este mismo territorio, los *afrixoados* de Brasil, o el síndrome de nervios que se da en diferentes partes de Sudamérica. Como De Martino (2000:77) señala en relación al tarantismo, éste actúa como dispositivo simbólico para explicar parte de los conflictos psicológicos y sociales que ocurren en ese grupo social, igual que funcionan otros rituales de posesión de culturas afromediterráneas (ibídem:196), o muchos de los otros síndromes o enfermedades que acabo de nombrar. Pero como también advierte De Martino (ibídem:204), la diferencia con la depresión y con el significado que le otorgamos de enfermedad, es que esta última se entiende como algo individual, mientras que los fenómenos de posesión se generan en el espacio de lo colectivo. Por tanto, podemos entender que la primera función social que presenta la

depresión, entendida culturalmente como enfermedad biomédica, es la individualización del malestar.

A partir de aquí surge una pregunta: ¿por qué en nuestra sociedad occidental apareció la categoría de depresión? Barbara Ehrenreich (2008) señala que en el siglo XIX se originó en algunas sociedades europeas una epidemia de depresión que dura hasta nuestros días, causada mayormente por la pérdida de espacios y actividades de ocio y disfrute de tipo comunitario. Según esta autora (ibídem:148),

la vida urbana y el nacimiento de una economía de mercado competitiva favoreció un tipo de personalidad más ansiosa y aislada, potencialmente más propensa a la depresión y a desconfiar de los placeres comunales. El calvinismo proporcionó una lógica trascendente para este cambio, lo que intensificó el aislamiento y prácticamente instituyó la depresión como una fase en la búsqueda de la salvación. [...] En un plano de “profundo cambio psicológico subyacente”, tanto la depresión como la destrucción de las festividades podrían describirse como consecuencias inevitables del amplio proceso conocido como modernización.

Como Ehrenreich (ibídem:139) señala, el s. XIX se caracteriza por un “descubrimiento del yo interior y por tanto, de la subjetividad”, generando así los principios del sujeto moderno. Es la misma época en la que, lo que en ese momento era llamado “melancolía”, comenzó a expandirse como una enfermedad de las clases altas, y se convirtió en tema recurrente para la literatura y prensa del momento. Es decir, se generó un modelo ideal del sufrimiento del sujeto moderno; un dolor marcado por el aislamiento y la soledad, que fueron la otra cara del sentido de una/o misma/o (ibídem:141). Así, la depresión llegó para explicar, desde la biomedicina, el vacío y la carencia de un sujeto sin epistemes, falto de sentido trascendental y comunitario.

Si pensamos, como antes decíamos, que lo cultural marca la experiencia misma de la enfermedad, así como su significado, podemos entonces entender que la depresión ha servido y sirve a día de hoy como marco experiencial y de expresión del malestar del sujeto moderno. En este sentido, Peter Freund (1990) apunta que la fenomenología, durante los procesos de salud-enfermedad-atención, está muy relacionada con experiencias ya vividas, que ayudan a reconocer y reproducir patrones de expresión y de sentir. Es decir, los modos emocionales emergen desde la interacción social, porque aprendemos de nuestros entornos y de las experiencias compartidas.

Entonces, habría que preguntarse si el creciente aumento de las depresiones, al menos de los diagnósticos médicos, quizás advierte de nuevos modelos emergentes de lo emocional, donde la fenomenología depresiva se vuelve “común” y “hegemónica” para expresar ciertos

malestares. Y además, habría que indagar en por qué toma esa forma y no otra. Por ejemplo, la persona *atarantada* suele estar en el espacio público cuando experimenta una de sus crisis y el cuerpo se mueve de una forma compulsiva, desordenada y expansiva (De Martino, 2000), mientras que una persona deprimida tiende al aislamiento y a la incomunicación social, y su cuerpo se vuelve rígido, ausente en sensaciones y emociones, y muchas veces invisible para otras personas. Quizás, las diferencias en las formas de experimentar y expresar estos padecimientos están directamente relacionadas, tal y como Freund (1990) señala, con nuestra trayectoria anterior. Por tanto, no es de extrañar, que, en sociedades occidentales modernas, que son individualistas y profundamente mentalistas, los malestares se expresen de esta forma.

Una experiencia depresiva, que, además, se ve complementada, como veremos más adelante, con tratamientos biomédicos que refuerzan esta idea de responsabilidad individual y de sujeto como un átomo aislado de lo social. Por ejemplo, el diagnóstico y el estigma asociado apartan -simbólicamente- a la persona de su entorno, o las terapias psicológicas individualizan la responsabilidad del malestar. Cuestiones que, en general, dibujan un panorama de una sociedad desarticulada, donde las depresiones vienen a reforzar la noción de un sujeto autónomo, independiente y capaz de todo él mismo.

Por tanto, podríamos afirmar que la depresión es una experiencia de malestar que sirve o que tiene la función de moldear, de una determinada forma conocida y controlada, los malestares que muchas veces son generados por las desigualdades de tipo socioestructural. Y, por tanto, se estaría consiguiendo una disminución de la conflictividad social, a la vez que, como veremos más adelante, se enriquecen (en poder de gobierno y en dinero) las instituciones y profesionales de la salud, además de las empresas farmacéuticas y las de un creciente mercado de la autoayuda y lo terapéutico.

5. 2. La psiquiatría y el diagnóstico como condicionantes del malestar

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 o también de acedia, hasta que, en 1725, el médico Richard Blackmore acuña por primera vez el término vigente de depresión (Jackson, 1989; Aguirre, 2008).

A lo largo de los siglos XIX y XX, la práctica psiquiátrica, marcada por la ciencia positivista, comienza a producir manuales que establecen *categorías nosológicas* universales y por tanto, la aparición de cuadros sintomatológicos tipo. Es decir, modelos ideales con los que contrastar las experiencias individuales, y determinar así su pertinencia o no a la categoría

de enfermedad. Todo esto está justificado por una fisiología y psicología única del ser humano que obvia las diferencias culturales, contextuales y personales (Foucault, 2006a).

Esta categorización de enfermedades mentales se materializa en la generación de manuales diagnósticos, que posteriormente guían la práctica profesional. Los manuales actuales más usados son: el ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) publicado por la OMS desde 1948, y el DSM (*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*²⁰⁹ 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 (VV.AA., 2002:157).

Pero como antes he señalado, las enfermedades están relacionadas con el contexto moral y político de su época (Turner, 1989:17), y por lo tanto, es interesante un análisis de las categorías nosológicas (nominalización de las enfermedades) que permita conocer la influencia de lo sociocultural. Así, en los siguientes apartados se verá cómo se relaciona la cuestión del género con los diagnósticos en salud mental en general, y en depresión en particular. También se abordará, a partir de la etnografía realizada, qué otras variables pueden estar influyendo. Y, por último, se presentará cómo ha sido la vivencia del diagnóstico por parte de las personas que han participado en esta investigación.

5. 2. 1. Una lectura feminista del diagnóstico en salud mental

Es necesario hacer un apunte sobre la historia de la psiquiatrización en clave de género, puesto que las mujeres son las que más diagnósticos de salud mental reciben, y con síntomas más “*graves y discapacitantes*” (Ramos-Lira, 2014:275). Ya en 1979, Carmen Sáez Buenaventura y colaboradoras relacionaron 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*” (ibídem: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

²⁰⁹ Como ya he mencionado en el capítulo sobre etiología de la depresión, el DSM IV-TR (2002:157) 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 hipersomnía, 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.

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. Como señala Martínez-Hernández (2008), refiriéndose a las aportaciones de enfoques como el Émile Durkheim (2012) o Talcott Parsons (1958), la noción de enfermedad supone una desviación de la norma, “*no excesivamente problemática en términos de estructura*” (Martínez-Hernández, 2008:132). O como Goffman (1969:362)²¹⁰ indica, la enfermedad mental sería una desviación moral de las obligaciones socialmente establecidas. Así, en un mundo androcéntrico, donde los hombres blancos, de clase media y heterosexuales ocupan los lugares de privilegio y representan al sujeto ideal, todo aquello que no se adhiere a las expectativas sociopolíticas y económicas del “buen hacer” o del “buen ser”, pasa a ser minusvalorado, enfermizo y anormal.

En concreto, la historia de la depresión es una historia femenina, o feminizada. La histeria, el antepasado de la depresión, fue considerada una enfermedad de las mujeres, cuya etiología se estableció en una disfuncionalidad del útero, ya desde la Grecia Clásica (López, 2011:155). Sobre esta cuestión, me gustaría recoger ahora las ideas de una autora mexicana, Oliva López Sánchez, porque es importante dirigir a veces nuestra mirada a lo que sucedía en las colonias, o lo que ocurre actualmente en las postcolonias, ya que la forma en que los territorios dominantes ejercen el control y la aculturación son un reflejo de las ideologías y prácticas de estas mismas sociedades imperialista. En este sentido, es interesante rescatar el análisis histórico y antropológico que realiza López (2011) sobre la construcción social del sujeto mujer en el México del s. XIX y XX, y su relación con el ámbito de la salud mental. Esta autora señala que, para el caso de la histeria y la neurosis en general, la ciencia médica y psiquiátrica de la época se encargó de patologizar determinadas experiencias y expresiones emocionales de las mujeres (muchas de las cuales habían sido producidos por situaciones de desigualdad o violencias de género), marcando de esta forma cómo y qué debían sentir esos sujetos feminizados²¹¹, y a los que siempre, por otra parte, se les atribuyó la responsabilidad de mantener el orden moral (ibídem:150-151). Por tanto, lo emocional, ligado a la idea de salud mental, se configura así como dispositivo normativo para juzgar la buena o mala feminidad de las mujeres, a la vez que configura al mismo sujeto mujer estableciendo un modelo único.

²¹⁰ Citado en Martínez-Hernández (2008:133).

²¹¹ Como María Lugones (2008) señala, la matriz colonial fue y es un dispositivo de generización y no sólo de racialización o de clase. Es decir, el proceso de colonización, donde la medicina fue una herramienta fundamental, también fue sobre los sistemas de género nativos, tal y como muestra el análisis de López (2011).

Por otra parte, también las cifras estadísticas avalan esta idea de la feminización de las depresiones. En la actualidad, cómo hemos visto en el primer capítulo, tanto en la CAE como en Cataluña, o el resto del Estado español (Cardila et al., 2015) y en Europa en general, existe una gran brecha de género en los diagnósticos por depresión. El discurso biomédico explica estas diferencias por la relación de la depresión con determinadas hormonas (como los estrógenos) y períodos vitales de las mujeres como la menarquia, la menopausia, o el parto. 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 et al., 1990:107).

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, tal y como se argumentó en el capítulo anterior sobre etiologías.

Pero también, puede haber otras causas detrás. Veamos lo que Iban comenta sobre su vivencia del diagnóstico:

Yo tengo el hígado mal y puedo decir tranquilamente que tengo el hígado mal; yo tengo cáncer y puedo decir tranquilamente que tengo cáncer, además el cáncer está más bien visto; ahora si tengo depresión... la incomprensión en este tema es terrible, -¿cómo que no duermes?, ¿cómo que no sé qué? ¡Pero estás exagerando!- hay incomprensión. ¿En qué otros temas puede haber esta diferencia entre hombres y mujeres a la hora de declarar -me pasa esto y esto-? ¡Puf! No sé, ya te digo, hígado no, corazón no, cáncer no, impotencia puede ser, problemas sexuales, disfunción, pero se supone que la cosa no es tu culpa [...] Yo creo que tiene que ver con la debilidad. En la depresión eres frágil, no sé, no me viene así otra diferencia, pero esto sí. Luego también puede haber una tendencia a disimular, -tengo depresión, pero es que tengo un problema de no sé qué orgánico-, también puede haber disimulos. Y te marca. (Iban, Gipuzkoa, 48)

Iban plantea que los hombres sufren mayor estigma social que las mujeres cuando son diagnosticados de depresión, y esto podría facilitar que vayan menos a consulta médica, intentando así ocultar su malestar, y que, por eso, finalmente, estén menos representados en las estadísticas de salud. Carla²¹², por su parte, se refiere a como su familia habla sin dificultad de la depresión que ella o su madre han vivido, pero su tío lleva años pasando por lo mismo y ni él, ni nadie lo nombran como tal, y es algo que se intenta esconder. O

²¹² Girona, 43.

Josep²¹³, cuando le pregunto si ser hombre han influido de alguna manera en su proceso de salud-enfermedad-atención, enseguida responde que en la recuperación no ve diferencias, pero que fue peor para él tener una depresión siendo hombre, porque “*hostia, el macho ibérico, ¡no! El macho ibérico depresivo no puede estar, ¿no?*”.

Esto contradice algunos estudios, como el de M. C. Angermeyer y H. Matschinger (2004) o el de Manuel Muñoz et al. (2009), que afirman que no hay relación entre el género de la persona diagnosticada y la intensidad o forma del estigma social por dicho diagnóstico.

Como investigadora feminista en salud, creo que la idea defendida por Iban, Carla o Josep quizás no esté tan lejos de la realidad. El género es una construcción social que se aprende por socialización, y muchas de los mecanismos pedagógicos para su asimilación provienen de castigos y refuerzos, que van exigiendo a la persona una performatividad determinada de género. Del lado de lo femenino quedan emociones como el miedo, la culpa o la vergüenza, y expresiones como el llanto, el aislamiento o la sumisión, mientras que en el lado de lo masculino están la rabia, el enfado, la ira, la expresión pública y la dominación (López, 2011:37). Es interesante detenerse en que aquellas emociones y expresiones que se ubica como propia de lo femenino son muy parecidas a la sintomatología depresiva que el DSM-IV-TR (VV.AA., 2002) describe como típica del episodio depresivo mayor. Por tanto, que un hombre sea diagnosticado de depresión, no sólo supone un estigma en relación al etiquetaje como enfermo mental, sino que, además, su masculinidad queda en entredicho porque sus emociones y expresiones no son propias de lo masculino.

5. 2. 2. Otras variables que también marcan la vivencia del diagnóstico

Tener un diagnóstico de depresión influye en la experiencia misma del malestar, y también de su recuperación. Pero además del género, hay otras variables que intervienen de forma especial en esta vivencia. Conocerlas nos ayudará a entender en mayor detalle la repercusión de la diagnosis en la realidad.

La primera es que algunas de las personas participantes en esta investigación no han tenido un diagnóstico clínico de depresión por parte de un profesional, sino que ellas mismas se han autodiagnosticado, llamando así a su sufrimiento. Esto ha sucedido con algunas de las participantes, y otras se pusieron ellas mismas la etiqueta antes de ir al profesional de la salud para que les ratificaran sus sospechas. Esta cuestión nos puede estar informando de varias cosas: por un lado, que la depresión es una enfermedad cada vez más común y por eso es fácilmente reconocible, o por otro lado, que vivimos en una sociedad cada vez más psicologizada, tal y como veremos más adelante, y por tanto el

²¹³ Lleida, 64.

vocabulario profesional psiquiátrico y psicológico se ha colado en el imaginario común y se erige como marco explicativo de nuestros malestares.

Esta primera cuestión, quién otorgó el diagnóstico, tiene mucho que ver con la vivencia del mismo, porque la persona se sentirá más o menos sometida al juicio externo si ha sido ella misma la que nombró así a su proceso desde el principio. Además, el momento del “darse cuenta”²¹⁴ ya estará activado. Por ejemplo, Josep²¹⁵ fue diagnosticado por un psiquiatra, y además de que al principio el diagnóstico le parece un “*capricho*” del profesional, tarda casi tres meses en asumir que su malestar necesita atención. Esto contrasta con el relato de María²¹⁶, que como había estado acompañando a su madre mientras sufría una depresión hacía un par de años, conocía muy bien la enfermedad. Cuando María comienza a sentir una fenomenología parecida, acude al mismo psiquiatra que atendió a su madre para empezar con un tratamiento que palíe su depresión, que ella misma ya había diagnosticado.

Un segundo aspecto a tener en cuenta es la edad de la persona que recibe el diagnóstico. Inma²¹⁷, una mujer de sesenta y dos años, que ha pasado por dos depresiones en los últimos seis años y que también ha acompañado a su marido en el curso de otra, dijo lo siguiente a este respecto: “*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...*”. Inma, con este comentario, representa nuestra ideología cultural sobre la edad, que es eminentemente edadista²¹⁸. Una cuestión interrelacionada con el género, tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior recogiendo las ideas de Freixas (2008:43), y que estaría ayudando a comprender por qué la brecha de género tiene su mayor porcentaje entre los sesenta y cinco y los setenta y cuatro años, tal y como indican las estadísticas²¹⁹.

Y una tercera variable que influye en la vivencia del diagnóstico es el contexto de la persona. Somos en relación, así que nuestro entorno forma parte de la experiencia misma de la depresión. Como Mol y Law (2004) señalan, la enfermedad es hecha por múltiples prácticas, activadas por nosotras/os mismas/os o por nuestros entornos, humanos o no humanos. Pero no todos los contextos son iguales. Amets, que actualmente trabaja como médico de familia, y que siempre se muestra muy crítico con el aumento del diagnóstico

²¹⁴ En un trabajo anterior (Zapata, 2014:102) expongo la necesidad del “darse cuenta” como uno de los primeros pasos hacia la recuperación en depresiones, que, junto con la intencionalidad de cambio, son los responsables de activar las acciones necesarias para alcanzar el bienestar. Una idea muy estudiada en las diferentes disciplinas relacionadas con la salud.

²¹⁵ Lleida, 64.

²¹⁶ Girona, 43.

²¹⁷ Bizkaia, 62.

²¹⁸ Tal y como vimos en el capítulo anterior, Butler (1969) definió el edadismo (*ageism*) como el complejo de concepciones y prejuicios socio-culturales que discriminan a las personas por ser viejas.

²¹⁹ Para una revisión de las estadísticas sobre diagnósticos de depresión en las sociedades vasca y catalana, ver el primer capítulo.

por depresión, incluso hablando a veces de sobrediagnóstico, cuenta lo siguiente sobre el momento en que recibió el diagnóstico:

Mis padres son médicos los dos, mis tíos son médicos también los dos, vivo en un entorno de médicos total, y bueno, ellos también tienen su visión médica del tema, ¿no? Bueno, es él que tiene un martillo al lado, y sólo ve clavos, pues mis padres son médicos y tienen también su forma de ver el tema. Y me veían deprimido y me lo decían así. Y tenían un conocido psiquiatra, y me dijeron que me tenía que valorar, y yo también, que estaba allí desesperado pues pensé que igual sí que me tenía que valorar un psiquiatra. Un poco desde ahí... sí me acuerdo de tener mis resistencias, pero sí que dije que, no me acuerdo muy bien cómo fue eso, pero dije que sí. Yo me acuerdo que me veía también muy desesperado ya, muy... sin recursos un poco.
(Amets, Gipuzkoa, 27)

Cuando Amets narra esta anécdota, mientras tomamos un té en la mesa de su cocina, recuerdo que rápidamente pensé en lo planteado por Mol y Law (2004). Amets, como ya hemos visto en el capítulo anterior, cuenta también cómo su malestar proviene de una disciplina muy exigente y estricta para la preparación del examen del MIR: algo que para él supuso mucha presión y una dedicación completa, incluido el tiempo de ocio, durante más de seis meses. Para mí, como interlocutora, era claro que el malestar de Amets estaba relacionado con el agotamiento y la falta de tiempo para el ocio y el disfrute, y quizás dejando la preparación del examen podría haber recobrado su bienestar, o quizás no. Pero como su entorno estaba muy medicalizado, por razones obvias, rápidamente el sufrimiento de Amets fue leído en clave de patología y enfermedad, diagnosticado en su propia casa, y llevado a la consulta de psiquiatría. Así, la vivencia del diagnóstico no sólo tiene que ver con la ideología y prácticas de Amets, sino también con las personas²²⁰ de su entorno, actuando y enactuando, entre todas ellas, la experiencia de malestar y el significado de la misma.

5. 2. 3. Maneras de vivir el diagnóstico

Teniendo en cuenta estas variables de partida, me detendré ahora en la diversidad de esta vivencia del diagnóstico entre las personas que han colaborado con la investigación. Para empezar, quiero señalar que, aunque en general las vivencias del diagnóstico no han sido agradables por varias razones, como iremos viendo, también es verdad que para muchas ha supuesto un marco de sentido para entender que les pasaba.

²²⁰ La propuesta de Mal y Law (2004) no sólo hace referencia a las personas del entorno, sino que otros seres vivos, u objetos y espacios también están actuando y enactuado una determinada enfermedad. Sin embargo, como en esta anécdota concreta narrada por Amets no tenemos acceso a más información, por eso, en la aplicación de la propuesta de estas autoras me he limitado exclusivamente a personas del entorno.

Por ejemplo, los relatos de algunas personas como Helena o Carlos, muestran una experiencia poco conflictiva respecto al diagnóstico. El caso de Helena es el de una mujer con una historia muy marcada por la enfermedad y las consultas médicas, porque ha pasado ya por dos cánceres y ahora está intentando superar el tercero. Sobre el momento que recibió el diagnóstico de depresión por parte de su médica de familia, comenta:

Cuando ya sabes, ya sabes cómo tienes que trabajar, entonces... me ayudan así, entendiendo, captando, identificando. Entonces te sientes... bueno, que si está tipificado sí es una patología, y te dicen que se puede solucionar... pues... es que se puede solucionar. Y bueno, eso, sabiendo... haciéndome sentir una paciente, no un bicho raro... y que lo que me ocurre pues está en el mundo. Pues como está en el mundo y lo tienes tú, pues hay que trabajarlo, como todo. (Helena, Barcelona, 55)

O Carlos, psicólogo de profesión desde hace ocho años, que dijo sobre su vivencia del diagnóstico:

Para mí fue un olvido. O sea, durante el tiempo que estuve, que me veía a mí como... como un enfermo de depresión, que estaba sentado ahí. Hombre, son... yo recuerdo que una parte me aliviaba, ¿no? Por decir, tengo algo, o sea, mi malestar... es como si me hubieran dicho que tenía algo en el corazón, pues qué bien, tengo... tengo algo concreto, ¿no? [...] A mí me ayudaba. Me daba como... un lugar, unas coordenadas, ¿no? Algo así. (Carlos, Bizkaia, 43)

Quizás, esta aceptación del diagnóstico pueda ser explicada por diferentes razones. En el caso de Helena, porque lleva más de diez años entrando y saliendo del hospital y del centro de salud primaria, realizando tratamientos de oncología y consultas médicas. En la entrevista que realizamos, todo este proceso es central en su narración, y el diagnóstico de depresión es para ella un reconocimiento del sufrimiento que padece por su condición de enferma de cáncer. Esto es importante para Helena, porque a veces se queja de que su entorno familiar no le otorga importancia a su proceso de salud-enfermedad-atención, tachándola de víctima o recriminándole que se queja mucho.

El caso de Carlos es diferente, porque él no tiene una historia de medicalización como la de Helena, pero sí tiene una relación muy estrecha con la psicología. Carlos estudió una carrera técnica cuando era joven y durante mucho tiempo estuvo trabajando en ese sector profesional. Pero un día, tras su segunda depresión, decide dar un giro a su vida y buscar otra dedicación que le reporte más satisfacción personal. Comienza así a formarse en psicología Gestalt y psicoanálisis, hasta re-convertirse profesionalmente en terapeuta Gestalt. Todo el relato de Carlos está construido bajo las características del discurso terapéutico, que más adelante -en el apartado sobre biopolíticas emocionales-, veremos en

detalle. Desde mi punto de vista, a raíz de la crisis vital que experimenta, y que toma la forma de una depresión, comienza a gestarse una reconfiguración identitaria que, en su caso, se apoya principalmente en los discursos y significados de la psicología Gestalt y el psicoanálisis.

Los relatos de Helena y Carlos contrastan, por ejemplo, con el de Amets²²¹, que pertenece a un ambiente médico. Sin embargo, Amets sí que muestra una vivencia conflictiva con el diagnóstico. ¿A qué se deben estas diferencias, entre personas con contextos estrechamente relacionados con la biomedicina? Es difícil encontrar una razón determinante para esta diversidad, porque cada historia personal es un entramado de relaciones, múltiples y distintas entre sí. Sin embargo, en la historia de Amets encontramos algo novedoso, y es su participación en colectivos activistas²²² que tienen como objetivo la realización de acciones para la transformación social. Y quizás, esta formación y práctica de un pensamiento crítico, facilite una actitud menos condescendiente con posibles dispositivos de control biopolíticos, como puede ser las categorías nosológicas.

Por otro lado, como advertía al principio, el caso de Helena o de Carlos son minoritarios, ya que para la mayoría de las personas participantes, haber sido diagnosticadas de depresión ha supuesto una carga, sobre todo por el estigma social que acarrea y porque impedía proyectarse fuera del malestar. Iryna, que siempre ha sido muy crítica con la práctica del diagnóstico, y en general con la práctica biomédica, comentó lo siguiente sobre su vivencia:

Es super importante no caer en lo que te digan [profesionales de la psiquiatría y psicología], porque entonces estás perdida, porque como te lo creas, te medicarás y al final te acabarás comportando como una depresiva. Es así, es un poco lo que decía Foucault, pero yo lo veo tan claro que es así. Imagínate que en ese momento [cuando le diagnosticaron] yo me lo hubiera creído -ah, sí, necesito...- entonces claro, me querían dar la baja cuatro meses más, y hacer al cabo de cuatro meses otra valoración. Tú imagínate que me lo hubiera creído y no me hubiera puesto a currar, porque claro, como voy a currar si tengo depresión. Y medicación... ¡hubiera sido un rollo! Yo creo que ahora mismo estoy en otro lugar. Y entonces pasa por no creérselo. Tengo depresión, bueno como si me dicen que tengo el pelo rizado, es que me da igual. Nunca creérselo y no victimizarse. (Iryna, Barcelona, 31)

Iryna habla de la identificación con la etiqueta, un fenómeno que Correa-Urquiza (2015) señala como habitual una vez que se pasa por los diferentes mecanismos institucionales de salud. Es decir, la persona comienza a enunciarse desde ese lugar, y conforma su

²²¹ Gipuzkoa, 27.

²²² Amets ha participado en asociaciones barriales, en colectivos creados para la organización de acciones públicas reivindicativas de diferente tipo (manifestaciones, jornadas, etc.), y en un grupo de artistas que trabajan para la transformación social.

identidad alrededor de esa vivencia, por lo que romper con el malestar finalmente se vuelve una ruptura con una/o misma/o. Esto es así, en cuanto que nuestra sociedad cree que el diagnóstico es crónico, que dura toda la vida (Correa-Urquiza, 2015:182), negando muchas veces la posibilidad de una recuperación.

Y por supuesto, uno de los mayores problemas que acarrea el diagnóstico es la estigmatización, porque que conlleva una gran incompreensión hacia la persona que está pasando por la vivencia, creándose juicios de valor que no ayudan para la recuperación. Por ejemplo, Carlos comenta:

Para ellos, en la ideología de mi familia, estas cosas son más como una... es la enfermedad, ¿no?, entonces a partir de ahí yo me quedé con la etiqueta en la familia del nervioso, del... Así como yo ahora veo que yo fui, a mí me tocó cargar con la locura de la familia, ¿no?, para ellos era, en cambio era... era, como que sacaban fuera su locura, decían -no, éste es el que está mal, el que tiene la depresión, el que tiene la ansiedad-, o lo que fuera. Entonces, como si en esa dialéctica que se monta, pues la resultante es que yo soy el que tiene los problemas de salud mental, y he tenido esa etiqueta durante muchos, muchos años. Me imagino que todavía la seguiré teniendo. Y los otros los normales, ¿no? (Carlos, Bizkaia, 43)

Carlos habla del mecanismo básico del funcionamiento y funcionalidad del estigma, descrito por Goffman (2006). Como este autor señala, las etiquetas sirven para crear a las “otras” personas, a las que no se adecuan a la norma, y esto mismo hace que exista un “nosotras”, que se reafirma en su identidad de normalidad.

Esa estigmatización es incorporada, acarreando sentimientos de culpa, vergüenza, y en general, más sufrimiento. Por ejemplo, Iban, que en general se muestra muy crítico con el modelo biomédico, comenta cuando le pregunto por sus sensaciones en el momento del diagnóstico:

Es un terror bastante fuerte, un temor, un pánico. Afecta mucho a tu ego ¿no? No sé si al masculino o al personal, pero hostia tú estás marcado, a ti te marca esto [...] Es un fracaso, es un fracaso, has fracasado como persona, así de claro, no sé si como hombre o como mujer o como... o como transexual, o como lo que sea, pero tú has fracasado, como persona es un fracaso personal, es un fracaso, tú estás roto, pero roto, bien roto, además. Sí, es un fracaso para mí, es un fracaso muy personal, es un fracaso en tu vida. (Iban, Gipuzkoa, 48)

Tampoco Amets se libra de vivir su proceso como estigmatizante:

Lo que sí me creaba era mucho rechazo, era aceptar el estigma ese de la ansiedad y de la depresión. Me cuesta mucho todavía hablar de eso. Hoy se lo he dicho a Maier

[su compañera de casa]. A Maier yo no le había comentado este tema y le he dicho - he quedado con María Zapata, la compañera de Enara [una amiga compartida entre Amets y yo]-. No le había comentado nada y me cuesta. Lo habré hablado con... bueno, lo he ido hablando, pero no son más de diez personas a las que yo se lo he contado directamente. Siempre me crea mucho rechazo contar el tema de la medicación. Igual tengo que hacer otro trabajo, y contarlo con tranquilidad, ¿eh? También de cara a socializar, porque también veo que estamos media sociedad medicalizados, ¿eh? También hacerlo público, que no somos uno, que somos la hostia los que hemos vivido cosas de éstas, de estas mierdas. (Amets, Gipuzkoa, 27)

Y para cerrar este apartado, me gustaría recoger las palabras de Joana, que recibió por primera vez un diagnóstico de depresión a los veintiuno. De aquella experiencia, recuerda lo siguiente.

Y estuve yendo, y se supone que el problema era un trastorno de ansiedad, no, un trastorno de depresión, pero claro a mí que más me da [risas], ¡que más me da! Si al final es que tienes problemas a la hora de manejar tu vida, en cierta manera. (Joana, Bizkaia, 31)

Joana lanza una pregunta para la que yo no tengo una respuesta clara: ¿realmente sirve el diagnóstico de depresión para potenciar el proceso de recuperación?

5. 3. Los psicofármacos y la cerebrización del sujeto: de lo biopolítico a lo tecnobiopolítico²²³

El sistema médico occidental sufrió una transformación a finales del siglo XX, cuando la noción de sujeto o de cuerpo dejó de ser de tipo molar, para dar paso a una de tipo molecular (Rose, 2007)²²⁴. Esto significa, en palabras de Ruiz (2015:124), que

el objeto de la mirada deja de ser el cuerpo, entendido en términos de materia a gran escala -órganos, miembros, sistemas- para pasar a centrarse en los procesos moleculares -codificación de proteínas por parte de los genes, fenómenos intracelulares, reacciones químicas mediadas por las enzimas-. La vida queda así abierta a la posibilidad de ser intervenida mediante nuevas tecnologías que permiten examinar, descomponer o almacenar elementos tales como células o fragmentos de ADN.

Esta transformación, que responde a un desarrollo tecnológico general, pero muy prolífico en la ciencia médica, inaugura una etapa de la psiquiatría (y de la sociedad en general)

²²³ Una parte del contenido de este apartado ha sido publicado anteriormente en Barba y Zapata (2018).

²²⁴ Citado en Ruiz (2015:124).

centrada en lo neurológico, dónde el cerebro, que ya venía ocupando un lugar central como regidor del sujeto moderno, toma por fin el rol de único protagonista en todo lo referente a la salud mental. Una nueva fase de este sistema cultural, que tiene consecuencias palpables en el paradigma de atención en salud mental. Y tal y como Martínez-Hernández (2017:307) señala, es algo que otras muchas autoras vienen trabajando:

Es lo que Vidal (2009), en su análisis del desarrollo del sujeto cerebral, ha llamado brainhood o «cerebralidad», en tanto que arquetipo antropológico de la modernidad; una figura que consolidaría la idea del individuo como agente autónomo en sus elecciones e iniciativas. [...] Como la personalidad, la «cerebralidad» se expresa de múltiples maneras. Una de ellas, mediante lo que se ha llamado el sujeto cerebral (le sujet cérébral) por autores como Ehrenberg (2004), Vidal (2009), Ortega (2010) y Ortega y Vidal (2007, 2011). Otra, vía las nociones de self neuroquímico de Rose (2003) y de self neurobiológico de Rose y AbiRached (2013). También mediante nociones más afines aquí, como las de self (psico)farmacéutico de Dumit (2003) y de Jenkins (2010).

Esta cerebralidad genera “neuro-narrativas” del self (Martínez-Hernández, 2014), relatos del propio sufrimiento centrados en las disfunciones bioquímicas y que despojan la propia experiencia del componente sociocultural, relacional o histórico. Es decir, el discurso cerebrista traspasa los ámbitos profesionales para permanecer también en los legos, y la persona comienza a mirarse a sí misma como un conjunto de partes jerarquizadas, con el cerebro como gobernador absoluto. Así es como el sujeto mismo se desubjetiviza, porque ahora pasa a ser un conglomerado de neuronas, sustancias y química, mientras que la depresión y la serotonina toman vida propia, y sólo podrán ser contrarrestadas con los antidepresivos (Martínez-Hernández, 2017:316).

Esta nueva noción del sujeto, y en general de la vida, como conglomerado de sustancias neuroquímicas y hormonales, interconectadas entre ellas, están irremediamente en contacto con multitud de elementos biotecnológicos²²⁵ que las regulan, dando lugar al *cuerpo tecnovivo* (Preciado, 2008:39). A estos elementos, los hemos llamado (Barba y Zapata, 2018:410) *cuerpos biotecnológicos*, algo que hemos definido como “actantes²²⁶ biotecnológicos, es decir, materialidades que no sólo son producto de la acción biotecnológica, sino que en sí mismos también actúan y afectan a otros organismos vivos”. Y los psicofármacos, y en concreto los antidepresivos, son un muy buen ejemplo de cuerpo

²²⁵ El término *biotecnología* hace referencia a un tipo de tecnología que trabaja con, en y/o sobre la vida. Según el Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992:3) “por biotecnología se entiende toda aplicación tecnológica que utilice sistemas biológicos y organismos vivos o sus derivados para la creación o modificación de productos o procesos para usos específicos”. O de acuerdo con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (1982), sería “la aplicación de organismos, sistemas y procesos biológicos a la producción de bienes y servicios en beneficio del hombre”.

²²⁶ Noción de actante que recoge las ideas de Bruno Latour (2008), y que hace mención a cada elemento que interfiere en una red.

biotecnológico.

Paul B. Preciado (2006), siguiendo las ideas de Donna Haraway (1995), hace una distinción entre las nociones de biopoder y tecnobiopoder y expone que *“si en la sociedad disciplinar las tecnologías de subjetivación controlaban el cuerpo desde el exterior, en la sociedad farmacopornográfica, las tecnologías entran a formar parte del cuerpo, se disuelven en él, se convierten en cuerpo”*. Dos formas de gobierno sobre la vida -y la muerte- que, aunque distintas, muchas veces aparecen interconectadas, al menos en la etnografía que realizo. Es decir, las nuevas formas tecnobiopolíticas no han desplazado por completo a las viejas formas de disciplinamiento corporal, más bien se interrelacionan y se refuerzan mutuamente entre ellas, algo que intentaré mostrar a lo largo de este capítulo.

5. 3. 1. El contexto etnográfico y (tecno)biopolítico de los antidepresivos

De entre otras muchas estrategias y tácticas puestas en marcha para la recuperación en depresiones, el consumo de antidepresivos es común en todas las personas entrevistadas, aunque en diferente forma e intensidad: para algunas ha sido el tratamiento principal, para otras un complemento de distintas estrategias más centrales, y hay un último grupo que sólo realizó unas pocas ingestas de prueba. Así, el tiempo de consumo de estos psicofármacos va desde apenas dos o tres semanas hasta un consumo constante y continuado que se prolonga durante años. Sobre el acceso a la medicación, podríamos decir que está extendido y no es sólo responsabilidad de los servicios públicos o privados de salud, ya que muchas veces la medicación la recomiendan y suministran familiares, amistades o compañeras/os de trabajo.

Cada proceso de recuperación en depresiones es único, tanto en la duración y en las estrategias o tácticas puestas en marcha para el cambio, como en el significado mismo que para las personas tiene el “estar ya recuperada”²²⁷. Partiendo de aquí, la experiencia de cada participante con los psicofármacos también es muy variada, y oscila entre el rechazo absoluto y abanderamiento de la lucha antifarmacológica, hasta un convencimiento radical de la necesidad del consumo para toda la vida. Esta variabilidad, al menos a partir de la etnografía, no parece estar ligada a condiciones de género, clase o edad. Sin embargo, Amets, médico de profesión, comentó lo siguiente sobre el centro de salud dónde trabaja:

En el centro de salud donde trabajo tenemos la mayor prescripción de benzodiazepinas, el Orfidal²²⁸ y toda esta familia, no sé si de toda la Comunidad Autónoma vasca o de todo Gipuzkoa. Es un centro potente a otros niveles, somos muy... es un centro muy bueno a nivel de marcadores en otras cosas, pero a este nivel es un centro que tenemos un indicador super malo, de hecho, ahora estamos

²²⁷ Esta cuestión se trata con detalle en el siguiente capítulo.

²²⁸ Orfidal es la marca comercial de un psicofármaco ansiolítico.

intentando darle la vuelta. Es una población socioeconómicamente deprimida respecto a la media de Gipuzkoa, y eso tiene un reflejo, y es que damos benzodiacepinas a destajo. Hay más problemática social, y forramos a la gente con Orfidales. No sé si te servirá, pero a mí me impresionó mucho. Tenemos de catorce años en adelante, de las 15.000 personas que tenemos dentro del ambulatorio, tenemos el 22% de las personas con una benzodiacepina activa en este momento. Es cada cuatro personas una con una benzodiacepina activa. ¡Es la hostia! (Ametz, Gipuzkoa, 27)

Entre las personas participantes que trabajan en el ámbito de la medicina o la psicología²²⁹, como Ametz, las posturas en relación a este tema son también muy variadas, desde voces muy críticas con el uso de los antidepresivos, hasta otras que son consumidoras acérrimas de los mismos y defienden su uso y prescripción.

Sin embargo, sí que hay grandes diferencias en el diagnóstico de la depresión, y por lo tanto en el perfil de las personas usuarias de los servicios de salud, que salen de consulta con una receta de antidepresivos y/o ansiolíticos. Como demuestra las *Encuesta de salud del País Vasco* de 2002, 2011, 2013 y 2018²³⁰, ser mujer, mayor de sesenta y cinco años y/o trabajadora no cualificada son factores de riesgo ante la depresión y, de igual forma, ante el consumo de antidepresivos.

Los primeros fármacos antidepresivos, que aparecen en los años cincuenta del pasado siglo, fueron los IMAO junto a los antidepresivos tricíclicos clásicos. A partir de los años setenta aparecen los antidepresivos atípicos o de segunda generación. Y a partir de la década de los ochenta y los noventa comenzaron a comercializarse los llamados de última generación: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA), inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRND), los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRNS), los noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA), y los inhibidores de la recaptación de noradrenalina (IRN) (Maldonado y Galán Ramos, 2015:6).

Las diferencias entre estos tipos de antidepresivos, las explica muy bien Andrea, que además de consumidor de estos psicofármacos, es psicólogo de profesión, y por tanto, doble experto sobre la materia.

Hay dos clases de antidepresivos: los tricíclicos, que funcionan de forma diferente. Los tricíclicos, básicamente lo que buscan es lo mismo en efectos, pero tienen

²²⁹ Entre las participantes, hay dos que trabajan como médica/o (Rocío y Ametz), uno que trabaja como psicoterapeuta (Carlos), y otro como investigador y formador en el ámbito de la psicología (Andrea).

²³⁰ http://www.eustat.eus/elementos/ele0000500/ti_Prevalencia_bruta_y_estandarizada_de_sintomas_de_ansiedad_y_depresion_en_la_CA_de_Euskadi_porsexo_y_grupo_socioeconomico__2002-2013/tbl0000536_c.html#axzz2o0zrBqbl [Consulta: 06/07/2018]

mecanismos diferentes. En efecto lo que buscan es una acumulación de neurotransmisores en el espacio sináptico, ¿sí? Básicamente es serotonina y en algunos casos también de epinefrina y noradrenalina, pero básicamente serotonina. Los antidepresivos tricíclicos incrementan la liberación de este tipo de neurotransmisores. Y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina básicamente lo que hacen es inhibir, claro, porque para incrementar la eficiencia de la neurotransmisión se libera de más, y para no perder la sustancia la neurona que las ha liberado las recapta. Y en el espacio sináptico hay, no me va a salir el nombre, bueno, hay otras sustancias que disuelven. A ver si me sale el nombre [...] la monoaminooxidasa, ¿sí? El efecto final es el mismo, pero son mecanismos diferentes [golpes de puño sobre la mesa]. ¿Y por qué los reemplazan? Porque no tienen dosis mortales. Si tú le das medicación a personas con la que se pueden matar como sucedía con los antidepresivos tricíclicos, o los barbitúricos, pasaba que la gente se lo tomaba y se mataba con lo que le daban de medicación. No hay más barbitúricos en el mercado y los triciclos ya los están retirando. Queda sólo la gente que hace más de veinte años que los está tomando. En los noventa vino el Prozac, ya hace más de veinticuatro años del Prozac, y solamente la gente que hace más de veinticuatro años que los está tomando, quedan muy pocos en el mercado de antidepresivos tricíclicos. Es de lo que llamaban de nueva generación, tiene más de veinticuatro años a los que llamaban de nueva generación, que son inhibidores selectivos de recaptación de serotonina. (Andrea, Barcelona, 40)

Peter C. Gøtzsche (2014:287-286) se refiere a la psiquiatría como “el paraíso de la industria farmacéutica porque las definiciones de los trastornos mentales son poco claras y muy fáciles de manipular. Debido a ello los psiquiatras son los profesionales que más dinero reciben de los fabricantes de fármacos”. Los antidepresivos y ansiolíticos están entre los diez medicamentos más vendidos en el estado español²³¹, que es además el territorio europeo donde más benzodiazepinas se consumen²³², generando millones de ingresos por ventas a estas empresas. Sin embargo, Gøtzsche (2014), a partir de la revisión de múltiples publicaciones académicas, señala que no hay pruebas empíricas de la mejoría de la depresión con el consumo de estos fármacos (ibídem:311), más bien todo lo contrario, porque el poco beneficio que acarrear se ve contrarrestado por los efectos secundarios que provoca, como la falta de deseo sexual, la inclinación al suicidio o el nerviosismo generalizado (ibídem:302,306). Y paradójicamente, la ingesta de estos psicofármacos sigue en aumento, tanto que, en la última década, se ha triplicado el

²³¹ <https://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/2016/05/23/medicamentos-consumidos-espana/1931193.html> [Consulta: 05/07/2018]

²³² “las benzodiazepinas, más conocidas como ansiolíticos, de las que España es líder en consumo a nivel europeo y el 12% de la población usa estos hipnosedantes, el doble que en 2005.” Extraído de: <https://blogs.publico.es/otrasmiradas/16041/la-generacion-lexatin/> [Consulta: 20/10/2018]

consumo de los mismos en el estado español, siendo mayor entre mujeres que en hombres²³³.

Pero ¿cómo afecta todo esto a la experiencia de las depresiones y a su recuperación? ¿Qué mandatos (tecno)biopolíticos podemos encontrar tras esta situación? En lo que sigue, haré una exposición de algunas ideas que surgieron en el análisis, y que muestran algunas de las facetas de cómo la biotecnología está generando un determinado tipo de vida, y al fin y al cabo, un determinado tipo de recuperación en depresiones.

5. 3. 2. Psicofármacos en un mundo naturocultural

Los antidepresivos, como toda la farmacología, tiene su origen en la manipulación humana de elementos que provienen de la naturaleza, en su mayoría plantas. Los primeros antidepresivos usados en la historia por la medicina occidental eran extracciones por prensado o destilaciones de plantas como el hipérico (Buendía, 2000). Hoy en día, la industria farmacéutica ha desarrollado nuevos métodos y técnicas, y los actuales antidepresivos son combinaciones moleculares fabricadas en laboratorios, que o bien son una copia fiel de los principios activos de plantas con propiedades antidepresivas, o bien son el resultado de una multitud de pruebas de ensayo-error con diferentes combinaciones moleculares que han sido testadas primero en animales y posteriormente en humanos. Estos procesos dan lugar a la forma final de las pastillas, materialidades en que se diluyen las fronteras entre lo natural y lo cultural, objetos híbridos entre lo humano y lo no humano que pueden ser definidos como naturoculturas (*naturecultures*) (Haraway, 1997 y 2016).

Por otra parte, la cualidad de naturocultura de los psicofármacos no sólo está en la forma de producción de las mismas, sino también en las formas en que, una vez producidas, interactúan con el entorno, configurando así un *mundo naturocultural* (*naturecultural world*) (Haraway, 1997; Latour, 1993; Puig de la Bellacasa, 2010). En el caso de los antidepresivos, basta con decir que se han convertido en el tratamiento principal ofrecido por los servicios públicos de salud frente al diagnóstico de depresión, al menos en la CAE (Osakidetza y Dpto. de Salud del Gobierno Vasco, 2017). Un consumo, que se convierte en interdependencia entre lo humano y no humano porque los psicofármacos necesitan de las personas para ser en el mundo y para poder afectar, y las personas consumidoras desarrollan tolerancia y dependencia física respecto a aquellos, que en algunos casos como el de las benzodiazepinas (componente de los dos tipos de antidepresivos de mayor consumo en el estado español) se genera de forma muy rápida. La consecuencia de esto es que, cuando la persona deja de consumir la sustancia, experimenta un síndrome de abstinencia que en el caso de las benzodiazepinas provoca ansiedad y depresión (Lader,

²³³ <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf> [Consulta: 06/07/2018]

1994). Así, algunas de las personas colaboradoras con la investigación hablan de “*estar enganchadas*”, ya que las veces que abandonaron el consumo experimentaron grandes recaídas en sus depresiones. En concreto, el relato de Andreu fue una narración muy centrada en el consumo de psicofarmacología. Este historiador y profesor de secundaria, durante la primera entrevista me mostró las cajas de medicamentos que tenía, nervioso porque ya le quedaban para pocos días. Una relación con la medicación que podemos ver representada en la siguiente cita:

*Sí. Es pot dir així, tinc dependència... I haig de fer períodes de... poder no tant antidepressius, perquè això en vaig fer quatre o cinc anys, però ara per exemple faig temporades d'Orfidal. No sé si el coneixes, es un tranquil·litzant, i faig temporades d'això, i ja està. Passa amb l'Orfidal que és addictiu totaaal, i... bueno, mira... ara quan se m'acabi deixaré de prendre i ja està. No és motiu, ara no estic... estic feliç, estic content, no n'hauria de prendre, perquè la feina em va bé, aquí estic bé... però estic enganxat.*²³⁴ (Andreu, Girona, 43)

Esta cuestión de la dependencia también es fundamental en la narrativa de Iban. Para él, el motivo de que su su tercera experiencia de depresión fuera mucho más grave que las anteriores, fue que consumió psicofarmacología (antidepresivos, ansiolíticos y somníferos). Iban, desde el primero de nuestros encuentros hasta el último, se ha mostrado contrario a la medicación, y gracias a él he conocido mucha bibliografía y recursos digitales desde una postura crítica frente a la misma. Para Iban, la ingesta de medicación antidepresiva crea la enfermedad, es decir, que el consumo de estas pastillas provoca estados depresivos, bien sea generando efectos secundarios propios de la fenomenología depresiva (cansancio, ideaciones suicidas, falta de apetito, etc.), o bien al reducir el consumo de la medicación se genera un síndrome de abstinencia que también es semejante a la misma enfermedad. Cuando le pregunto cómo fue el momento en que él decide dejar de consumir la medicación, contesta:

Porque, uno, te das cuenta que eso, ello mismo te va metiendo, te van metiendo dentro, porque es que estás perdiendo tus capacidades naturales de sobreponerte al tema, te están quitando esa capacidad natural, más que nada que no está nada claro si el antidepresivo sirve para algo. No está nada claro, el tema de la serotonina y tal. Tú coges un antidepresivo, ves los efectos secundarios, que son secundarios pero podían ser primarios, pone «agravamiento de la depresión». Tú tienes x medicina para lo que sea y te dicen que se te puede agravar, «agravamiento de la depresión»,

²³⁴ *Sí. Se puede decir así, tengo dependencia... Y debería tener periodos de... quizás de menos antidepresivos, porque eso lo hice hace cuatro o cinco años, pero ahora, por ejemplo, hago temporadas de Orfidal. No sé si lo conoces, es un tranquilizante, un tranquilizante, y hago temporadas de eso, y ya está. Con el Orfidal pasa que es adictivo totaaal, y... bueno, mira... ahora cuando se acabe lo dejaré de tomar y ya está. No es un motivo, ahora no estoy... estoy feliz, estoy contento, no debería tomarlo, porque el trabajo me va bien, aquí estoy bien... pero estoy engancho.*

«tendencia al suicidio», sobre todo en adolescentes. Según ellos hay que andarse muy al loro con los adolescentes porque puede llevar la tendencia al suicido. Con esos productitos estamos jugando todos los días, ¿eh? Los ambulatorios ahora mismo están recetando -toma esto, toma esto-. Yo te puedo hablar de «Medicamentos que matan»²³⁵, te puedo hablar de «Somos todos enfermos mentales»²³⁶, «Mala farma»²³⁷, sobre todo «Medicamentos que matan» que es de un danés, que es médico oficial y psiquiatra, y que vamos ¡es terrible! Yo todavía me da un poco de miedo leerlo. Es tan terrible... En dos palabras: por la economía, por el dinero se juega con la vida de la gente. Según él, se asesina a la gente. Es la tercera causa de muerte: primero son cáncer y cardio... corazón, y luego son las medicinas, es la tercera causa de muerte. Espantoso. Entre eso y lo otro, te das cuenta de que no mejoras, que te estás como metiendo más, que no tienes claridad... Esto no hace nada ya, esto hay que dejarlo. (Iban, Gipuzkoa, 48)

De este modo, los psicofármacos se constituyen como naturoculturas, en tanto que “amalgamas inseparables entre humanos y no humanos” (González-Abrisketa, 2017:110), y se convierten así en instrumentos y actantes de un orden global que configura, crea, define y delimita las formas de vida posibles. Son, por tanto, materialidades que representan el desvanecimiento de los límites entre las categorías modernas de naturaleza y cultura, alrededor de un baile común de gestión, creación y cuidado de la vida (y la muerte), cuestión que podría relacionarse con el llamado giro ontológico o apertura ontológica de la antropología²³⁸.

A partir de esta reflexión, también surge la idea de la persona consumidora como *cyborg*, otra de las propuestas de Haraway (1995), que nos habla de cuerpos híbridos entre lo humano y lo no humano, y que estaría muy bien representados por esta relación interdependiente entre persona y psicofármaco que acabamos de ver. Durante el trabajo de campo, y en relación a la recuperación de las depresiones y a su conexión con la psicofarmacología, me encontré con posiciones muy variadas al respecto. Primero presentaré la de Inma, una mujer de sesenta y dos años, que ha vivido dos depresiones: en la primera consumió antidepresivos durante seis meses, y la segunda vez, desde que la experimentó hace tres años, no ha dejado de tomarlos. La opinión de Inma es reflejo de otras, como la de María, Helena, Andreu o Pilar, que hablan de los antidepresivos como

²³⁵ Se refiere al libro de Gøtzsche (2014), titulado *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*.

²³⁶ Se refiere al libro de Allen Frances (2014), titulado *¿Somos todos enfermos mentales?: Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*.

²³⁷ Se refiere al libro de Ben Goldacre (2013), titulado *Mala farma: Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes*.

²³⁸ Por giro ontológico se entiende una nueva tendencia y debates dentro de la disciplina de la antropología, en la que se plantea trabajar de forma paralela en torno a vidas humanas y no humanas, descentralizando el análisis antropológico del ser humano y por lo tanto intentando romper el sesgo antropocéntrico de la disciplina (González-Abrisketa y Carro-Ripalda, 2016).

aquello que les otorgó la fuerza necesaria para comenzar con la recuperación, y que además permite mantenerla a día de hoy.

Empecé otra vez con las pastillas, y hoy sigo con ellas. Tengo una dosis mínima que no me la voy a quitar porque ese poquito de ayuda de la pastilla me la voy a dejar, porque yo soy yo con eso, soy la de siempre [...] porque lo he pasado muy mal y no quiero dejarlo, y si tengo que estar toda la vida con la pastilla lo estaré, pero al menos soy yo. (Inma, Bizkaia, 62)

Itziar, reflexiona sobre los psicofármacos en otra dirección, haciendo un relato de su recuperación centrado en el apoyo de sus redes, y en un trabajo personal en torno a la cuestión corporal y de género. Itziar no fue diagnosticada de depresión, ni tampoco le prescribieron antidepresivos, así que nunca los tomó porque además siempre sintió miedo a la dependencia que podían generar. Sin embargo, sí que consumió durante una temporada corta (apenas unos meses) ansiolíticos para facilitar el sueño, y “*para no estar tan nerviosa*”. Es interesante que, sin ser una gran consumidora de psicofármacos, la eficacia de los mismos sea notoria como estrategia para su recuperación, incluso sin ingerirlos.

Me metía una pastilla de Orfidal en el bolsillo. Y lo metía... me daba seguridad. O sea, yo necesitaba algo que cuando me... cuando me ponía mala, necesitaba tener algo, que luego nunca me ponía mala. Mala digo ansiedad o no poder respirar [hace un gesto de no poder respirar], eso sentía mucho [hace el gesto de respirar hondo], necesitaba hacer eso todo el rato. Todo el rato. Y si no me llegaba la respiración, o sea, el aire, ya me ponía nerviosa, y entonces empezaba a no respirar y... bueno, la pastilla no me la tomé nunca. Pero tenerla en el bolsillo me daba seguridad. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Esta cuestión, que comenta Itziar, recuerda a las ideas planteadas por Martínez-Hernández (1992), cuando señala la importancia de la eficacia simbólica de los tratamientos en salud, porque muchas investigaciones indican la importancia de la sugestión en el curso y pronóstico de la enfermedad. Este tipo de eficacia se complementa con la biológica, y ambas deben ser tenidas en cuenta en los procesos de salud-enfermedad-atención.

En tercer lugar, está la posición que sostiene Ainhoa. Ella también es una mujer joven (treinta y tres años), que ha pasado por varias depresiones o estados depresivos intensos durante cerca de ocho años. Durante uno de estos momentos, su médico de familia le recomendó tomar antidepresivos y ansiolíticos para mitigar el malestar. Ainhoa comenzó con el consumo, pero a las pocas semanas lo dejó porque sentía que le adormecían demasiado, y le costaba pensar e interaccionar con normalidad. La relación que ella siente

con la mediación es la de dos realidades separadas, ella frente a los antidepresivos, que compiten por ver quién será protagonista y agente de la recuperación:

Yo me iba haciendo a tomar ese medicamento, desde hacía muchísimo tiempo no me sentía tan tranquila y tan relajada, y fue dejar el medicamento y otra vez tenía una ansiedad de la leche. Entonces al ver que no era yo la que lo había superado, que no era yo la que me hacía sentirme mejor, sino que era una puta pastilla y que dependía de esa pastilla para estar tranquila, pues a mí eso me supuso mucho anímicamente. No quiero estar condicionada por un medicamento. Lo quiero superar yo, yo quiero sentirme bien por mí misma no porque me esté medicando y tratando químicamente. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

En cuarto lugar, quisiera rescatar la opinión de Iban, que define su “desenganche de las benzodiazepinas” como una de las situaciones más duras de su vida. Para Iban, igual que para Marta o Iryna, la relación con los antidepresivos dificulta la recuperación, porque impide la agencia de la persona y los colectivos, apagando la vida que llevan dentro, y generando una dependencia difícil de romper.

Esta vez lo que pasa es que llegué a unos extremos peligrosos, muy peligrosos, de mucho sufrimiento, y no sólo por el enganche sino... porque el enganche también... yo creo que estos psicofármacos, te van metiendo, te meten, yo creo que te quitan la capacidad natural de [gesto con la mano de algo saliendo desde el pecho por la garganta y hasta la boca], de que tu cuerpo salga de ahí, de que tu cuerpo salga, la capacidad de reponerte, de curarte y de luchar, de vencer. Porque una vez pasado lo que tenga que pasar, y que has entendido el mensaje que te quiere dar la vida por decir algo, pues tú sales de tu depresión. Entonces con este tema de la medicación pues se ha alargado y se alargó mucho pero mucho, yo he estado meses. La medicación te quita esa capacidad natural y te engancha, y es muy duro. Hay un momento en que tú sientes que eso mismo te está metiendo cada vez más en el pozo, pero claro tienes que seguir comulgando [golpe en la mesa], porque ya estás enganchado y es muy peligroso dejarlo de golpe, porque conozco dos casos que lo han dejado de golpe con resultados desastrosos, uno suicidio y otra... uno lo dejó y luego se suicidó y la otra pues, ha estado como un zombi dos años y se ha muerto hace unos meses. (Iban, Gipuzkoa, 48)

Por último, recojo la opinión de Andrea, que ha pasado por varios períodos de depresión, muy marcados por las ideaciones autolíticas, estando incluso ingresado en un hospital psiquiátrico en uno de esos momentos como medida preventiva. Andrea ha consumido psicofármacos varias veces desde los treinta y tres años, y aunque es una persona crítica con este tipo de medicación, también encuentra que son útiles a corto plazo para la

recuperación, siempre que se consuman con limitaciones:

El proceso es gradual. No es que te tomes... a ver, no sé cómo decirlo. Si tú tomas un ansiolítico fuerte y tienes ansiedad te la baja, te duermes. En el tema de la 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 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, ¿y cómo pasa? Es difícil decirlo. Yo no sé decirte... (Andrea, Barcelona, 40)

5. 3. 3. Interacciones con el entorno: actuando y enactuando de forma múltiple

Hasta ahora he hablado de la interdependencia entre el psicofármaco y la persona, en cuanto a la existencia de una parte frente a la otra. Ahora merece la pena detenerse en ver cómo *afecta* al cuerpo la interacción con el fármaco²³⁹, porque todas las personas que han participado en esta investigación señalan que desde la primera toma las alteraciones físicas y emocionales son muy notorias. Estas *afectaciones* de tipo fisiológico más comunes son, entre otras, hipersomnia, falta de deseo sexual, dificultad para el recuerdo, y disminución de la atención. Asimismo, también son centrales las afectaciones de tipo emocional como una disminución de la capacidad de sentir y emocionarse en algunos casos. Sirva de ejemplo el relato de Pilar, que desde los veinte años ha sufrido varias depresiones, durante las cuales ha consumido antidepresivos, que sigue tomando a día de hoy.

Es difícil hacer una vida normal, porque vas como más lento de lo que el... el cerebro más lento... y no tienes ganas de hacer nada en absoluto.[...] Una de las cosas de tomar la medicación es que he engordado, yo antes era delgadilla y ahora ya no soy delgadilla, más bien soy potolilla²⁴⁰. Luego, además, la medicación también, por lo menos la que yo tomaba antes, no sé si la de ahora... Pero la que yo tomaba, pues no te... te quitaba todas las ganas²⁴¹. Venía como efecto secundario ¿eh? (Pilar, Bizkaia, 48)

²³⁹ En los ámbitos de la medicina, psicología y psiquiatría se habla de efectos de la medicación sobre la persona. Sin embargo, y siguiendo la definición de afecto de Patricia Clough (2008), que lo entiende como la capacidad del cuerpo de actuar y se enactuado, prefiero hablar de *afectación* como resultado de la interacción entre la medicación y el sujeto.

²⁴⁰ *Potolilla* hace referencia a *potolo*, palabra en euskera que significa gorda/o. Por tanto, *potolilla* sería algo así como regordeta/e.

²⁴¹ Se refiere al deseo sexual.

Esta cuestión de la falta de deseo sexual, es algo central en el relato de Josep. A los diez minutos de nuestro primer encuentro ya había sacado el tema, sobre el que se alarga siempre que puede, y que para él ha sido fuente de conflicto con su propia masculinidad.

Això també comporta que la medicació, tanta medicació i tanta història que he pres, comporta una sèrie de problemes, que s'han de solventar mentalment, perquè sino estaria enfonsat una altra vegada, no? Per exemple un... un dels problemes més importants en mi és que m'ha baixat la líbido. O sigui, jo no tinc líbido com aquell qui diu, no? Vull dir... Vulgarment dit, jo no tinc erecció, jo no puc... no puc... no puc penetrar una dona... no tinc erecció, ¡no trempo! Parlant clar i català, vull dir, no trempo. Com ho substitueixo això?²⁴² (Josep, Lleida, 64)

Esta afectación sobre el deseo sexual también fue una de las razones por las que Andrea dejó de tomar la medicación. Estar anorgásmico durante dos años se le ha hecho duro, y difícil de llevar. Pero como él mismo dice, ese no es el único problema. Esta fue su respuesta cuándo le pregunté en qué momento y por qué decidió dejar la medicación psicofarmacológica y comenzar a tomar *ayawasca*²⁴³ como sustituto.

Con la medicación 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, Barcelona, 40)

Es notorio, como ya he dicho anteriormente, que sean los hombres los que hablen de las afectaciones en el ámbito sexual de forma espontánea, sin que yo realice una pregunta dirigida a ese tema, mientras que las mujeres, todas ellas, hablaron sólo cuando les propuse directamente el tema.

Por otro lado, otras muchas afectaciones no deseadas, relatadas en esta investigación son: temblores, sofocos, mareos, pérdida de sensibilidad física, pérdida de sensibilidad emocional, desmotivación para emprender tareas o proyectos, dependencia física y mental, pequeños brotes de euforia, miedo a enfermedades neurodegenerativas, somnolencia, arcadas, falta de apetito, y falta de memoria.

²⁴² Eso también lo comporta la medicación, tanta medicación y tanta historia que he tomado, comparto una serie de problemas, que se tienen que solventar mentalmente, porque sino estaría hundido otra vez, ¿no? Por ejemplo un... uno de los problemas más importantes es que me ha bajado la libido. O sea, yo no tengo libido, cómo aquel que dice, ¿no? Quiero decir, dicho vulgarmente, yo no tengo erección, yo no puedo... no puedo penetrar a una mujer... no tengo erección, no me empalmo! Hablando claro, quiero decir, no me empalmo. ¿Cómo sustituyo eso?

²⁴³ Bebida originaria de la zona amazónica y andina de Sudamérica, preparada con varias plantas, y que se emplea en rituales de sanación.

Pero estos cuerpos biotecnológicos, los antidepresivos, no sólo interaccionan con la persona que los ingiere, sino que también se relacionan con el entorno de la misma. El DSM IV-TR (2002) tipifica la depresión como un trastorno del estado de ánimo, de modo que el objetivo clínico principal de los psicofármacos antidepresivos es regular el estado anímico de la persona, lo que supone inevitablemente una regulación también de las relaciones interpersonales. Como señala Ahmed (2015), las emociones y los afectos son interacciones entre cuerpos y objetos, un proceso corporal que no está ni dentro ni fuera de las personas, sino que se genera cuando entran en relación. De esta forma, si se regula lo emocional en uno de estos cuerpos, se está regulando también todo aquello con lo que interaccionan.

Las personas que consumen antidepresivos describen una vida emocional muy cambiada tras el inicio del consumo. Para algunas, la sensación es de ausencia de lo emocional, tanto que Marta, que consumió antidepresivos durante un año y medio, dice que se sentía un “robot o una máquina” que actuaba frenéticamente, llena de energía para la realización del trabajo doméstico y asalariado, pero vacía de emoción, sin sensación o sentimiento ninguno:

Con las pastillas me envalentoné un poco, porque dejé de sentir... dejé de sentir las emociones. Es como que... como que no era yo. Me desconecté de una parte mía... entonces las pastillas me daban eso, me animaban, pero había la parte de sentir yo no la sentía no... no entraba tanto en la emoción. Con lo cual me fue bien. Pero claro yo iba cada mes al psiquiatra y le decía -bueno ya estoy mejor, ¿me bajas la medicación?-, -No, porque como estás bien no sé qué, no sé cuánto-. Claro a mí no me bajaban la medicación. Yo solo quería quitarme las pastillas, por eso, que no era yo. Había una parte que, que vale... que muy bien, pero que no era yo... no era yo... Yo tengo mucha energía, pues, yo no paraba de trabajar. Eran las tres de la mañana y seguía limpiando y seguía haciendo... era como una máquina, eso sí ¿eh? Un robot. (Marta, Girona, 55)

En contraste, Josep²⁴⁴, que consume antidepresivos desde hace una década, cuenta cómo la medicación le permitió mantener un tono constante de cordialidad en sus relaciones y comenzar a relacionarse con su entorno sin entrar en conflictos. Él frecuentemente tenía peleas y altercados, porque solía ser irrespetuoso o agresivo en sus contestaciones.

También Inma²⁴⁵, como Josep, consume de forma continua la medicación desde hace siete años, y asegura que los antidepresivos le han generado ganas de disfrutar y de relacionarse con sus familiares y amigas, y volver así a la normalidad, a su normalidad de

²⁴⁴ Lleida, 64.

²⁴⁵ Bizkaia, 62.

antes de la depresión, o a la normalidad que socialmente se entiende como aceptable.

Esta cuestión de la norma nos hace pensar en los psicofármacos como dispositivos biotecnológicos para la custodia de un orden emocional social y cultural concreto. Se pretende así que las personas que pasan por una depresión no afecten a su entorno desde la emocionalidad propia de esta enfermedad, y que a través de la ingesta de psicofarmacología se alcancen formas emocionales más estándar, y por tanto, que las relaciones sociales también se normativicen.

Entonces, podemos pensar los antidepresivos en tanto que cuerpos biotecnológicos, como *actantes* y *enactuados*, tomando los conceptos de Mol y Law (2004) una vez más, cuya existencia es constituida por todas esas interrelaciones que mantienen con los entornos. Y a su vez, esos mismos fármacos también están generando un contexto determinado, volviendo así a la noción de la existencia, ya sea humana o de objetos, como ontológicamente relacional.

5. 3. 4. *Pérdida de diversidad y ganancia productiva como resultado de la normativización*

Otra de las consecuencias o efectos de la interacción de lo humano con estos cuerpos biotecnológicos es la pérdida de diversidad, porque con el consumo de antidepresivos se están controlando las diferencias, sobre todo en el ámbito de lo emocional. La ingesta de esta medicación facilita la pérdida de experiencias, mientras se homogeneizan las vivencias de la recuperación en depresiones y a su vez las diferentes formas de interrelación con el entorno. Esto es así porque, al consumir estas pastillas, las personas alcanzan estados emocionales muy similares, ya que ése es el objetivo y la razón clínica por la que fueron generadas. Por tanto, estos cuerpos biotecnológicos se convierten en herramientas para la disposición de un *régimen emocional* (Reddy, 2001) concreto, que es a su vez mediado por los profesionales y las instituciones de salud y la empresa farmacéutica, es decir, por el sistema biomédico en general.

¿Pero cómo podemos percibir esto en la práctica? O, mejor dicho, ¿qué características tiene este régimen emocional hegemónico? A partir del trabajo de campo, se pueden apreciar algunos rasgos comunes y compartidos por todas las personas que participaron en esta investigación y que fueron o son consumidoras de antidepresivos. El primero de ellos es la idea de que desaparece la sensación de tristeza, rabia o miedo, típicas de estados depresivos. Podríamos entonces decir que la felicidad, la valentía y la complacencia se establecen como sanas, aceptables y/o normales. Marta, que durante un año y medio consumió antidepresivos, contaba sobre el momento en que decidió dejar de consumirlos:

Es que no quiero medicación, digo, porque por primera vez en mi vida me siento viva... y estoy dejándome experimentar todo lo que estoy sintiendo. Se terminó ya. Se acabó. No me voy a esconder más, porque lo que hay en mí, no lo voy a esconder. Hay tristeza ¡hay tristeza! Hay rabia ¡hay rabia!, Hay miedo ¡hay miedo! Me da igual. No lo voy a esconder más. Y lo voy a vivir, no lo voy a esconder. Y ya está. Y a quien le moleste es su problema, no el mío... Yo iba por la calle e iba llorando. Me daba igual. (Marta, Girona, 55)

Una cuestión que podríamos relacionarla con la idea que da Le Breton (1999:208-210) respecto a la incapacidad occidental de vivir con el dolor, propio o ajeno, que aparece en la Modernidad impulsada por el uso generalizado de los analgésicos, lo que se ha vuelto una característica constante de muchas de las sociedades del llamado Norte Global. Ya no se trata sólo de fabricar y consumir medicamentos contra la depresión, sino que también son ingeridos por muchas otras personas que, sin padecerlas, quieren evitar la sensación de malestar o de sufrimiento en la vida cotidiana. Se trata de una forma cultural que ya Elizabeth Wurtzel (1994) presentaba en su libro *Nación Prozac*, y que Han (2012) denomina *exceso de positividad*, y vincula además con la aparición de enfermedades como la depresión.

Por ejemplo, Joana²⁴⁶ pasaba una época de mucho estrés porque tenía exámenes importantes que aprobar, y justo su pareja de entonces dejó la relación, lo que a ella le provocó mucho dolor y tristeza. Entonces, fue al médico llorando y demandó antidepresivos y ansiolíticos. Ella sabía que no era una depresión, porque ya había pasado por una, pero quería pastillas para poder dormir y estar tranquila para las pruebas que tenía que enfrentar en los siguientes días. Andreu, con un relato muy centrado en la dependencia de los psicofármacos, dice:

*Jo quan ja veia que em trobava malament, de seguida ja, al menor indici, que estava trist, o enfonsat, o èpoques de l'any, la tardor, o el que sigui, ja doncs anava al metge, i me feia un... me receptava un antidepressiu o el que sigui... Però ara fa temps, eh?, poder fa uns tres anys que no prenc antidepressiu ni res i... no em calen. Estic bé i... amb els Orfidals vaig funcionant.*²⁴⁷ (Andreu, Girona, 43)

Otra de las características de ese régimen emocional hegemónico es que genera sujetos productivos: una persona que rompe a llorar cada poco tiempo no puede acudir a su lugar de trabajo, pues sería incómodo para el resto y disminuiría además el rendimiento, propio y general. De hecho, en el Estado español, una de cada diez bajas laborales son por

²⁴⁶ Bizkaia, 31.

²⁴⁷ Yo, cuando veía que me encontraba mal, en seguida ya, al menor indicio, que estaba triste, o hundido, o en épocas del año, el otoño, o lo que sea, ya iba al médico, y me hacía un... me recetaba un antidepresivo o lo que fuera... Pero ahora ya hace tiempo ¿eh? Quizás hace tres años que no tomo antidepresivos, ni nada y... no me hace falta. Estoy bien y... con los orfidales voy funcionando.

depresión²⁴⁸. A esta situación de incapacidad temporal para trabajar -que supone impactos negativos para el PIB estatal- hay que sumarle dos cuestiones para entender la ecuación final. Primero, que el tratamiento farmacológico es mucho más económico -monetariamente hablando- que la asistencia de tipo psicológico para el sistema público de salud. Y segundo, que como algunas de las personas señalan, el consumo prolongado de antidepresivos les permite volver a su vida laboral “*con normalidad*”. Así, la prescripción y consumo de psicofármacos asegura una vuelta rápida y rentable (en términos monetarios) de las personas empleadas a sus puestos laborales, disminuyendo las pérdidas de las empresas y de las arcas públicas, a costa de una normativización hegemónica de lo emocional.

Ejemplos de esto son la anécdota relatada por Joana, la historia que comentó Marta en el apartado anterior sobre su capacidad para hacer tareas domésticas “*como un robot*”, o experiencias que han comentado otras muchas personas. Por ejemplo, a Josep la medicación le permitió volver a su labor en la carpintería, porque parte de la fenomenología depresiva que él relata es que perdió las capacidades y conocimientos que tenía del oficio que llevaba toda una vida desempeñando. Gracias a su esfuerzo y a la medicación, consiguió recuperar estas habilidades.

Me costó casi un año aprender a trabajar ¿eh? Casi un año. Cuando yo iba a trabajar mi oficio, porque claro, el serrucho para cortar un trozo de madera lo cortaba, para hacer la máquina también la... pero encajar, coordinar la forma de... casi un año estuve aprendiendo a trabajar otra vez. Con la medicación claro. (Josep, Lleida, 64)

Han (2012) señala que el dopaje es un rasgo definitorio de nuestra actual sociedad occidental, y que además ya comienza desde una infancia cada vez más medicalizada, con el surgimiento de nuevas enfermedades como el TDHA o la depresión infantil. Un consumo constante, regulado y normativizado de drogas legales que permite el nivel de rendimiento necesario para el sistema económico capitalista. Romaní (1999) en su estudio sobre las drogas, realiza un breve recorrido histórico por el uso social de los medicamentos en Europa occidental, señalando que, ya en el s. XIX, la mayoría de la farmacología que se consumía era con el objetivo de aumentar el rendimiento de las personas trabajadoras en unas condiciones laborales duras y agotadoras. Este autor define las drogas como una

sustancia química, que se incorpora al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de este (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionadas, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan en los conjuntos sociales que las utilizan. (Ibidem:53)

²⁴⁸ <https://www.elmundo.es/salud/2015/02/17/54e34b4ce2704ea6698b457b.html> [Consulta: 2019/01/23]

Así, y reflexionando sobre estas funciones y consecuencias condicionadas por las sociedades donde se consumen, a lo largo de este apartado he querido mostrar cómo, con el consumo de antidepressivos, se fomenta la pérdida de diversidad humana en general, y en particular entre los procesos de recuperación, porque se produce una homogeneidad emocional, corporal y relacional. Unas consecuencias, por otra parte, que son muy funcionales para el sistema económico capitalista en el que vivimos.

5. 4. Biopolítica de lo emocional: la terapeutización de la sociedad

También a finales del siglo XX hemos asistido a otra transformación de la biopolítica, donde el ámbito de lo emocional ha tomado protagonismo. Las emociones, como señala Arlie R. Hochschild (1979 y 2008), en tanto que fenómenos culturales cargados de significados propios de cada contexto sociohistórico, están determinadas en su dimensión expresiva y experiencial por normas emocionales (*emotional rules*), es decir, reglas de expresión y reglas del sentir. La unión de ambas dimensiones normativas o tipos de reglas (de expresión y de sentir), junto a las reglas de encuadre emocional (que gobiernan nuestras formas de ver la situación y que suponen un componente emocional asociado específico), son las mediadoras de la comprensión profunda de lo emocional, que cada una/o de nosotras/os tenemos en una situación concreta, y que nos permite aprehender con sentido -cultural y específico- aquello que acontece.

Este control social de lo emocional es algo intrínseco a todo grupo social, y además altera su forma con el paso del tiempo y de los acontecimientos históricos y políticos. En nuestra cultura occidental moderna se han ido sucediendo multitud de mutaciones, según pasábamos de una economía basada en el sector secundario a una basada en el sector terciario (Hochschild, 2008). El impulso del sector servicios trajo consigo un cambio en cuanto a la gestión de lo emocional: antes era algo reservado al ámbito de lo privado y estaba gobernado por una serie de valores morales (*emotional labors*), mientras que ahora también toma valor en la esfera de lo público debido a una serie de beneficios o castigos en relación con lo económico y laboral, que poco a poco van permeando al resto de esferas de la vida (ibídem). Vivimos en lo que Illouz (2007:227-228) ha definido como *capitalismo emocional*, un “progresivo entrelazamiento de los repertorios del mercado y los lenguajes del yo en el siglo XX”, una nueva fase de este sistema socioeconómico donde

las emociones se convierten en realidades a ser evaluadas, examinadas, discutidas, negociadas, cuantificadas y mercantilizadas [...] El capitalismo emocional imbuyó las transacciones económicas -en realidad, la mayor parte de las relaciones sociales- de una atención cultural sin precedentes al manejo lingüístico de las emociones, convirtiéndolas en el centro de las estrategias de diálogo, reconocimiento, intimidad y

autoemancipación. (Illouz, 2007:228)

Un orden biopolítico impulsado por el nacimiento y consolidación de la psicología, cuya principal característica es gobernar la vida por medio del discurso terapéutico: un lenguaje y representación de la realidad que de nuevo está copando los significados del *self*. Varias autoras han llamado la atención sobre esta transformación sociocultural, como el colectivo Espai en Blanc (2007) que lo denomina *sociedad terapéutica*, Han (2012) *psicobiopolítica*, o Eduardo Crespo y M^a Amparo Serrano (2013) *psicologización de la sociedad*.

Así, la aplicación de este discurso terapéutico estaría generando *dispositivos emocionales*, descritos por López (2011:51) como

el conjunto de estrategias discursivas e institucionales que, en cada época histórica, contribuyeron -y contribuyen- a generar un determinado capital emocional en relación con los sexos, las clases sociales, la edad, y la profesión; instituido a través del discurso que termina por naturalizar, esencializar y universalizar ciertas emociones, desvalorizando otras [...] las emociones también tienen una función socio-moral, éstas constituyen elementos activos de nuestra vida colectiva, y funcionan como elementos de evaluación y sanción de las diferentes generaciones respecto de la responsabilidad, el compromiso, las lealtades, las normas morales y éticas, la identidad de género, clase y generación.

Tal y como Illouz (2010) señala, la aplicación de estos dispositivos emocionales²⁴⁹ tiene como fin ensalzar lo individual frente a lo colectivo o estructural, tanto en lo referente a la etiología como a las estrategias para la recuperación de los diferentes malestares. Esto a su vez tiene dos implicaciones: la primera es que la persona misma es la única responsable de las acciones a emprender para acabar con ese sufrimiento, y la segunda es que al ser individual es más fácil patologizar situaciones de desigualdad social y económica, y comenzar a leer todos esos malestares sociales encarnados como una mala salud emocional de individuos concretos.

Por tanto, si en uno de los apartados anteriores se advertía del cerebrocentrismo y las neuronarrativas como paradigmas emergentes del *self*, ahora sumamos nuevos elementos con la terapeutización de la sociedad, es decir, con la imbricación y accionamiento del discurso terapéutico en todas las esferas de nuestra vida (laboral, familiar, escolar, etc.). Y si la biomedicina se presenta como una herramienta eficaz y eficiente para el desarrollo e implantación de nuevas formas de capitalismo y lecturas del yo, la psicología también: la primera generará las bases de una regulación fisiológica y de ordenamiento corporal, la segunda lo hará sobre lo emocional, articulándose entre ellas en pro de un objetivo común.

²⁴⁹ Illouz no emplea el término de dispositivo emocional, pero a partir de la descripción que López (2011:51) hace de los mismos, podríamos decir que sí que habla de esta cuestión, aunque sin nombrarla como tal.

Esta relación entre la psicología y la biomedicina no es nueva: aunque la psicología naciera al margen de la ciencia médica, siempre han mantenido una relación estrecha y colaborativa. Sirva de ejemplo el esfuerzo en las últimas décadas de la psicología académica por ser considerada ciencia experimental y de la salud (estaba previamente en la categoría de ciencias sociales), demanda que consiguió en 2006²⁵⁰.

Volviendo a la etnografía, todas las personas que han participado en esta investigación han pasado por una consulta de psicología (y la mayoría, además, por una de psiquiatría), por lo tanto, con mayor o menos satisfacción, es la estrategia puesta en marcha para la recuperación en depresiones más generalizada, junto al consumo de antidepresivos.

Así, como la relación con las profesionales de psiquiatría por lo general es vista como meros dispensarios de medicación, con las profesionales de psicología existe una opinión generalizada de ayuda fundamental para el proceso de recuperación, incluso en personas que hasta el momento se mostraban muy críticas con el modelo biomédico de atención en salud. Además, entre las diferentes líneas terapéuticas que las personas refirieron (psicoanálisis, gestalt, *mindfulness*, cognitivo-conductual, psicodrama, psicósomática, etc.), no hay ninguna que destaque como mayoritaria o preferida.

A esta situación, habría que sumarle las consecuencias de una sociedad terapeutizada, haciéndome eco de las propuestas de Illouz (2007, 2010). Es, por tanto, fácil imaginar por qué el discurso de recuperación de las personas entrevistadas muchas veces reproduce un imaginario terapéutico sobre las depresiones, y el malestar en general, propio del capitalismo emocional, y que, si bien supone beneficios para las personas, también está cultivando una visión individualista de la etiología y recuperación de la enfermedad, en los términos descritos por Illouz (2010:308).

En los siguientes apartados llevaré a cabo un repaso etnográfico de esta realidad, poniendo la atención en varias características o aspectos de esta nueva psicobiopolítica. Primero presentaré la importancia creciente del control de lo emocional como característica del sujeto moderno, y su implicación en todos los ámbitos de la vida. En segundo lugar, expondré cómo el paradigma del crecimiento personal se ha convertido en algo central en nuestra cultura y afecta directamente a nuestra subjetividad y que, además, está muy relacionado con la idea de sufrimiento como motor de aprendizaje. Después, explicaré cómo el lenguaje, y en general el ámbito de la retórica y el discurso, se han convertido en elementos imprescindibles para el desarrollo de estas psicobiopolíticas modernas. El cuarto apartado está relacionado con el creciente protagonismo de las actividades de tipo *New Age* y su estrecha relación con el ámbito de lo terapéutico. Y, por último, y a partir de la lente feminista, presentaré algunas reflexiones sobre las conexiones entre sistema de

²⁵⁰ http://www.infocop.es/view_article.asp?id=731 [Consulta: 08/07/2018]

género y psicobiopolíticas actuales.

5. 4. 1. Manejo o gestión emocional

Una de las estrategias que Hochschild (1978, 2008) señala como propia de un control social sobre lo emocional, tiene que ver con el manejo o gestión de lo emocional, y se refiere a la acción de tomar conciencia sobre nuestras formas de sentir y expresar en este ámbito, y a partir de diferentes técnicas y estrategias, conseguir cambios planeados de las mismas. Una capacidad que se vuelve central en el capitalismo emocional, y que Illouz (2010) señala como protagonista en el discurso terapéutico.

Por ejemplo, Itziar, que es una de las personas que claramente presenta un discurso terapéutico en todo su relato, pasó por una depresión de varios meses. Cuando le pregunto si ha habido algún cambio en su forma de sentir, antes y después de la recuperación, contesta:

¿Sensaciones? ¡Puf! Yo creo que esas sensaciones no se van nunca. Están ahí. Y las tienes que vivir con ellas. O sea, ese era el miedo que tenía, fue, fue eso, que yo no controlaba mi mente. O pensaba que no. No podía parar de pensar ni... de pensar así. Pero, pues, poco a poco vas cambiando... es como un prisma, ¿no? Según dónde mires, ves las cosas de una forma o de otra forma. Y es que me sorprende a mí misma, ¿cómo podía pensar eso, o cómo podía ver las cosas tan negras, o tan, tan... no sé, tan mal? Si tampoco es para tanto. [...] Es difícil de explicar [ríe]. Es que es muy difícil de explicar. Pero soy consciente de que yo soy la que, o sea yo era, era yo, la que estaba así, la que ha estado mal, la que tenía esos pensamientos, la que se autodestruía, y... o sea, era yo. Y ahora soy también yo, y no pienso así. Entonces, eso también me tranquiliza. O sea, pensar que soy la misma persona... pues me tranquiliza. Por eso, esas sensaciones pues estarán ahí, pero yo elijo cuándo quiero que salgan, y cuándo quiero que no salgan. Pero también aceptarlas. Porque si no, si tapas, y si no les dejas salir... si no es hoy será mañana, o sea, saldrán. Pero si pienso que, bueno, esas sensaciones están ahí, esas vivencias están ahí, las he vivido, no las puedo esconder, están ahí. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

El desarrollo de la gestión emocional, que muchas veces aparece como estrategia para facilitar la recuperación de las depresiones, ayuda a que los momentos de dolor que son impredecibles o inevitables -al menos desde la óptica de la persona-, no se conviertan en algo incapacitante en determinados momentos. Y al final, esta misma "capacidad" de manejo emocional, termina significando estar bien, es decir, algo que empezó siendo un medio, termina convirtiéndose en el fin.

Esta cuestión en principio no tendría por qué parecer negativa, en cuanto que a las personas les está permitiendo convivir con sus malestares de una forma más llevadera, o funcional con el entorno que habitan. Sin embargo, no podemos olvidar que esta reconducción consciente de lo emocional siempre está dirigida a un ideal concreto, marcado por el discurso terapéutico, como veremos más adelante. Un modelo único y normativo, que deviene en una adecuación clínica, moral y/o sociosituacional (Hochschild, 2008:121). Así, acomodarse a la normativa emocional devuelve la condición de salud -o lo entendido como tal- y, por tanto, forma parte de las narrativas de recuperación.

Además, el mismo hecho de dotar de tanta importancia a esta capacidad de gestionar lo emocional, tiene que ver con una cultura occidental basada en la idea o paradigma de la *inteligencia emocional*. Este término, que ya se empleaba en los años sesenta pero que toma protagonismo en los noventa con la obra de Daniel Goleman (1995), se refiere a la capacidad humana de apreciar y expresar de forma adaptativa -en relación con el entorno- las emociones (propias o ajenas). Este modelo occidental contemporáneo de lo emocional, señala el aprendizaje de esta capacidad como signo de madurez, y ya ha impregnado todos los ámbitos de la vida -escuela, lugares de trabajo, relaciones de amistad, etc.-, tanto en las prácticas como en los discursos (Illouz, 2010). Por tanto, vivir y reproducir la normativa emocional hegemónica es estar sana y estar bien, y se relaciona con la capacidad de gestionar nuestras emociones.

5. 4. 2. *El crecimiento personal y el sufrimiento como motor de aprendizaje*

El objetivo principal del discurso terapéutico es realizar un trabajo personal, es decir, un proyecto de reforma individual con el que la persona pueda adquirir nuevas herramientas, como la gestión emocional, que le permitan vivir más “saludablemente”, allí donde esté²⁵¹. Una forma de abordar el malestar que, como antes señalé, obvia las causas socioculturales y estructurales del malestar, porque sólo tiene en cuenta la responsabilidad individual frente a la recuperación, y únicamente sobre los aspectos que son de tipo personal.

Veamos ahora algunos fragmentos del relato de Carla, otra de las personas que, junto a Itziar, tiene una narrativa muy característica del discurso terapéutico. Carla fue diagnosticada de depresión y acudió a consulta de una psiquiatra y de una psicóloga desde el principio. Pero, además, ha puesto en marcha multitud de estrategias fuera de estos servicios de atención en salud (privados en su caso), y que no pertenecen a los circuitos asistenciales, pero que sin embargo los complementan.

Me va entrar el cuquet, no? De quan estava així de buscar altres maneres, i vaig començar a escoltar un programa de ràdio, de Catalunya Ràdio, que encara el fan,

²⁵¹ Para este paradigma, las fórmulas de sanación son independientes de los contextos, deslocalizando y homogeneizando así los procesos de salud-enfermedad-atención.

*que es diu L'ofici de viure, El oficio de vivir, que te va donant moltes eines, per poder anat treballant-te tu, no? I podé si no hagués estat en aquest procés potser no hagués ni conegut L'ofici... bueno, no hagués conegut aquestes altres eines, digues-li... moltes, no? Per estar millor, ves a saber... o potser sí, és que no se sap [sonríe].*²⁵² (Carla, Girona, 43)

L'ofice de viure es un programa de la radio pública catalana, líder de audiencia en internet, que *"t'ofereix les millors eines per cultivar el teu benestar emocional. I també, creixement personal, psicologia positiva i nova espiritualitat"*²⁵³²⁵⁴. Es decir, es uno de esos muchos recursos del paradigma de la autoayuda que tanto han proliferado en los últimos años, y que, bajo la consigna del crecimiento personal, lanzan el mensaje de "hazte a ti misma", porque tú eres la emprendedora de tu propia vida. Lo social y lo cultural, el grupo y las condiciones de posibilidad, han dejado de existir en este paradigma y para todas aquellas que vivimos bajo su influencia. Ahora, sólo la persona es la responsable de los cambios a mejor: la persona como sujeto único, autónomo, y con una voluntad racional y calculadora - incluso sobre lo emocional-.

Pero, ¿cómo se crece personalmente? En la respuesta el sufrimiento es el elemento central. Primero, se ha establecido una ideología de corte freudiano, que ya forma parte de nuestro sustrato cultural, de que la personalidad individual se va creando a partir de sucesos dolorosos y heridas emocionales, en su mayor parte acontecidas durante la infancia y en el entorno familiar. Una concepción del *self*, donde tenemos que rehacer el propio relato autobiográfico, desde la memoria y la narración, si queremos sanar, como veremos más adelante. Tal y como Illouz (2010:308) señala, *"es un discurso que entiende el sufrimiento como el efecto de emociones mal manejadas o de una psiquis disfuncional, o incluso como una etapa necesaria del propio desarrollo emocional"*.

La segunda parte consiste en trabajar sobre este sufrimiento, psíquico e individual, a partir de muy variadas técnicas, pero siempre con el objetivo de aminorar la rabia, el miedo o la tristeza que estos sucesos "me" provocaron, y aumentar los sentimientos de gozo, alegría y serenidad frente al propio relato. Como investigadora y como feminista, quedé conmocionada varias veces por esta cuestión, cuando percibí los efectos sobre la realidad.

Marta²⁵⁵, que acudió a varias consultas de psicología, y que es también una persona muy vinculada a este paradigma del crecimiento personal, fue la primera que me permitió

²⁵² *Me entró la inquietud, ¿no? Cuando estaba así, de buscar otras formas, y comencé a escuchar un programa de radio, de Catalunya Ràdio, que todavía lo hacen, que se llama L'ofici de viure, El oficio de vivir, y que te da muchas herramientas para poder ir trabajándolo tú, ¿no? Y quizás si no hubiera estado en este proceso no hubiese conocido L'ofici... bueno, no hubiera conocido estas herramientas... muchas, ¿no? Para estar mejor, vete a saber... o quizás sí, es que no se sabe [sonríe].*

²⁵³ *Te ofrece las mejores herramientas para cultivar tu bienestar emocional. Y también, crecimiento personal, psicología positiva y nueva espiritualidad.*

²⁵⁴ https://www.ivoox.com/podcast-l-ofici-viure_sq_f1577_1.html [Consulta: 09/07/2018]

²⁵⁵ Girona, 55.

reparar en esta cuestión hablándome de inteligencia emocional y del desarrollo personal, en estos mismos términos. De hecho, también Marta es una de las personas con un relato muy centrado en prácticas de tipo *New Age*, nuevas formas terapéuticas que son transmisoras de este tipo de discurso, cómo veremos con más detalle en un apartado posterior. En nuestro primer encuentro, Marta crea una narración de su depresión con una etiología marcada por dos hechos: uno tiene que ver con una sensibilidad especial ante lo emocional, algo que ella denomina "*centro emocional en blanco*", y el segundo es una historia de maltrato por parte de su marido de entonces. Ella vivió una historia de vejaciones y violencia que duró más de ocho años, período durante el cual Marta sufrió su depresión. Es consciente de esta cuestión, e incluso estuvo en terapia con una psicóloga del servicio público de acompañamiento a mujeres que han vivido violencia de género. Pero algunas veces, durante nuestros encuentros, defendió la idea de que todo aquello lo tuvo que pasar para aprender, o de que en esa relación no había abusador y abusada, sino que ambos eran parte de una dinámica donde las dos sostenían el maltrato y, por tanto, cada una era responsable. En palabras de la propia Marta, "*él me está enseñando algo mío, y no tengo razones para odiarle*".

También Patricia, que ha estado durante más de quince años luchando contra una depresión sostenida en el tiempo, con multitud de estrategias puestas en marcha, desde cambiarse de país de residencia hasta los deportes de aventura o los cursos de autodefensa feminista, repite un discurso muy parecido al de Marta. Patricia fija una violación que sufrió con dieciséis años por parte de su pareja de entonces, como el detonante absoluto de su malestar. La culpa y el miedo a las represalias familiares le hizo ocultar lo ocurrido y comenzar con un viaje (físico, pero también metafórico), en el que ha ido probando infinidad de actividades, terapias psicológicas incluidas, para aminorar su total animadversión hacia los hombres provocada por aquel suceso, y que le impedía cualquier relación de proximidad con los cuerpos masculinos. En un momento de la entrevista, Patricia dice lo siguiente, y yo me estremecí al escucharlo, igual que me sigo estremeciendo cada vez que lo leo:

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 a eso [a la violación], porque yo llevaba una vida muy loca, ¿sabes? Entonces fue como un -para, para- sí, 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. (Patricia, Araba/Álava, 38)

El de Marta y Patricia son los extremos más radicales de este discurso, pero hay otros más moderados, que también sostienen que el dolor les ha hecho crecer y que el sufrimiento ha sido su motor para el cambio y la mejora.

¿Pero cómo congenia esto con esa idea del *exceso de positividad* defendida por Han (2012), y que estaba sustentando el consumo en masa de antidepressivos? De nuevo la etnografía nos da pistas. Primero presentaré un comentario que Andrea hizo sobre la única vez que acudió al servicio de ayuda psicológica del servicio de Hospitales de día psiquiátricos²⁵⁶, y para ser tratado mediante una terapia de tipo *mindfulness*²⁵⁷. Como ya he señalado repetidas veces, Andrea es psicólogo de profesión, pero también activista por los derechos de las personas psiquiatrizadas, y es muy crítico con la mayoría de profesionales, psiquiatras y psicólogas, que le han atendido.

Estuve como seis meses esperando para recibir psicoterapia. 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 Pau²⁵⁸. Yo iba por mi cuenta a hacer terapia Gestalt, pero me ofrecieron mindfulness, que es un nombre precioso que básicamente es super bo²⁵⁹, ¿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 hacia él, y bueno, el primer día casi me brotó. Primero me hablaba como un chico pequeño que tiene que acabar las frases, -que tiene que acabar las....- [me invita a continuar] ¿Por qué me dice así? No tengo problemas de entendimiento. Para empezar ya eso era como ¿qué te pasa? Y después, y es literal, había que cerrar los ojos, coger una galleta María con las manos, olerla, pasártela por la cara, chuparla y comértela, -¡hija puta! [golpe] ¿Pero cómo me haces así?- Y era como para hacerte ser más consciente de las sensaciones, -¿pero qué te pasa?- El primer día que pasé por un CSMA²⁶⁰ recuerdo un cartel que decía «sé positivo» ¡joder! Es como si alguien tiene, no sé [golpe], fiebre y -ten la temperatura baja-, ni que fuera voluntad. Ese tipo de cosas las encuentro, no sé, me pareció ridículo. (Andrea, Barcelona, 40)

El segundo ejemplo es el relato de Carla. Ella, cuando le pedía que se presentará de forma libre al comienzo de nuestra conversación, hizo un discurso típico e ideal de este tipo de ideología terapéutica, donde varias veces declaró ser una persona "*molt optimista*"²⁶¹, estar

²⁵⁶ Los Hospitales de día psiquiátricos son un tipo de servicio de la red catalana de salud pública.

²⁵⁷ 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.

²⁵⁸ Se refiere al hospital público Sant Pau, ubicado en la ciudad de Barcelona.

²⁵⁹ *Super bueno.*

²⁶⁰ Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) es un recurso ambulatorio del servicio de salud público catalán.

²⁶¹ *Muy optimista.*

cómoda con las “*desafinitats familiars*”²⁶² o muy contenta con su trabajo, aunque fuera una reconversión laboral forzosa porque la educación ambiental (su primera profesión) “*estava molt a la baixa*”²⁶³. Es decir, se construye una historia de superación personal a partir de hitos de dolor y sufrimiento “*no resueltos*”, pero para los que siempre hay que encontrar la parte positiva, tanto respecto a por qué sucedieron aquellos hechos como a las consecuencias que han arrastrado, entre ellas, y la más importante, hacernos la persona que somos ahora, permitirnos ser ese sujeto único en el mundo.

Por lo tanto, el sufrimiento promete la felicidad. Y, sin embargo, como Jorge L. Tizón (2006:58) comenta en su texto sobre la medicalización de los duelos:

Cada vez se ve peor eso de entristecerse durante días o meses porque hemos perdido a una pareja, un amigo, una amiga, un amante, un ideal, un trabajo... Hay que olvidar, olvidar y «tirar para adelante sin mirar atrás». Ahora que ya «los hombres lloran», ahora tal vez no llora casi nadie. Ni hombres ni mujeres. Porque si lloras, si lloras varias veces al día durante meses, no es que estés triste, profundamente y justificadamente triste. [...] Aunque haya muerto o hayas perdido a quién te consolaba, ayudaba antes esos conflictos y problemas [...] no debes manifestarlo mucho porque, entonces, no es que estés triste.... Es que estás deprimido.

Es decir, el dolor no debe ser mostrado; “*se niega el derecho a la pena, a la tristeza expresada públicamente*” (ibídem:59). Por tanto, ese mismo sufrimiento que provoca nuestra excepcionalidad, sólo pertenece al sujeto individual, y como mucho, lo compartiremos con la/el psicóloga/o o nuestra pareja sexo-afectiva; pero con el resto de personas hay que lucir una sonrisa, y frente al dolor de las otras, permanecer impasible²⁶⁴. En la sociedad del *exceso de positividad* (Han, 2012) la tristeza no está permitida, y si se manifiesta es porque algo no está funcionando con normalidad.

Este es el desarraigo del sujeto moderno, capaz de aguantar -en silencio y soledad- todo el sufrimiento infligido con tal de tener un lugar en el podio de la historia y de la excepcionalidad. Ya no importa pertenecer a una comunidad, sino más bien destacar con rasgos peculiares. Y si llega un momento en que ese dolor es inaguantable, siempre están las pastillas (analgésicos, antidepresivos, ansiolíticos, etc.) para dar un impulso al cuerpo depresivo y cansado.

²⁶² *Desafinidades familiares.*

²⁶³ *Estaba de bajón.*

²⁶⁴ Sobre nuestra indiferencia hacia el dolor ajeno, Cavarero (2009) señala que, pese a que estamos en un momento histórico donde imperan formas de violencias cada vez más deshumanizadas (por ejemplo: llamar daños colaterales a las personas civiles asesinadas por tropas estadounidenses en suelo iraquí durante la Guerra del Golfo), comienzan a ser tan habituales, que las asumimos con normalidad e indiferencia en nuestra cotidianidad.

5. 4. 3. Lenguaje, comunicación y narratividad del self

Otra de las características que Illouz (2010) señala como propias de este modelo es el tema de la narratividad. Todo proceso terapéutico necesita de una reelaboración del pasado, es decir, se trata de hacer una lectura en el presente de aquello que ocurrió y que de alguna manera aún nos está afectando. En este sentido, el uso del lenguaje discursivo - oral o escrito- como recurso de expresión terapéutico es fundamental, y su resultado es una interpretación concreta de la propia historia biográfica, normalmente en términos de traumas. Por ejemplo, le pregunté a Carlos, también psicólogo de profesión, cuándo fue el momento en que comenzó a sentirse recuperado y contestó:

Te digo edades un poco aproximadas, pero... me costó llegar a una narración ¿eh? Como a partir de los veintisiete años, más o menos, creo recordar. (Carlos, Bizkaia, 43)

Cuando Carlos dice “*me costó llegar a una narración*” se refiere a que su recuperación llegó cuando fue capaz de comunicar con cierta coherencia discursiva la experiencia de la depresión y el proceso de recuperación de la misma, y por tanto su bienestar pasa también por encontrar esta narración propia y contársela a otras.

Como Illouz (2010) señala, la terapia psicologicista ha conseguido devolver el sentido a un sujeto moderno que estaba huérfano de epistemes con la caída de las religiones. Así, elaborar nuestro propio relato dotándolo de sentido, aunque sea discursivo, rebaja la sensación de crisis existencial, y sirve como modelo explicativo de la depresión y la recuperación.

Pero esta búsqueda supone un constante cuestionamiento de una/o misma/o, es decir, un ir y volver por nuestra biografía, y siempre de forma racional. Itziar lo explica muy bien cuando le pregunto por la estrategia más eficaz para su recuperación, y dice:

La clave ha sido ir analizando y... o sea, analizando todos los aspectos de mi vida, que al final es analizarme yo misma. De cómo estoy yo ante las situaciones, cómo me fuerzo, cómo no me fuerzo, qué quiero, o sea, escucharme, escucharme. [...] Entonces, pues tienes que probar. O sea, de hablar, de la teoría no... no sacas nada. Lo tienes que poner en práctica. Pues voy a probar con esto, si esto no me funciona, lo analizo, pues vale, pues voy a cambiar esto. Hago otra cosa y pla pla pla, y así. Claro, es más largo, pero bueno, para mí ha sido muy efectivo, está siendo muy efectivo. [...] Entonces este proceso me ha ayudado a mirar en el fondo de mí misma, pues estoy sacando poco a poco, lo que tengo en el fondo. Sacarlo de los pensamientos y de los pensamientos actuar, o sea, llevarlos a la práctica. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Didier Fassin (2005:219), basándose en ideas de Dominique Memmi (2000), llama a esta dinámica “*policía del relato*”, que se erige en “*una forma contemporánea de gestión de las personas por el discurso introspectivo que tienen sobre ellas mismas*”. Una idea que recuerda a la confesión o examen de conciencia, propia del poder pastoral que Foucault (1994) describió como parte del estado moderno, aunque en este caso el confesor²⁶⁵ seamos nosotras/os mismas/os. Aunque esto no quita que también se estén dando dinámicas de confesión hacia el resto, como puede apreciarse en los *talk shows*, en los espacios con terapeutas profesionales, o en muchos de nuestros encuentros informales que, aunque a priori no estaban concebidos para tal fin, acaban convirtiéndose en lugares de exposición pública de lo íntimo. Itziar, por ejemplo, me contaba que en el grupo feminista en que ella milita, durante un tiempo aquello parecía “*un grupo de terapia*” más que un lugar de articulación de luchas sociales, y tuvieron que pensar en estrategias para no dejarse llevar por esa dinámica.

Una ideología de la comunicación que además se caracteriza por estar repleta de palabras que antes pertenecían sólo a ámbitos académicos o profesionales de la psiquiatría y/o psicología, y que ahora son parte del imaginario común y del vocabulario de los llamados legos, configurando así nuevos significados de las experiencias de la depresión y la recuperación. Un ejemplo son los siguientes fragmentos del relato de Marta que, como ya hemos visto, es una persona muy relacionada con el ámbito *New Age*, y por tanto, con el lenguaje de lo terapéutico.

Bueno, tengo mucha «resiliencia»²⁶⁶, que también ahora es una cosa... que también ha salido... digo -¡ay, mira! Ahora resulta que todo es tal, ahora resulta que esa resiliencia que he tenido al superarme, de esto...- Cuando me saqué el carnet de conducir también mucho miedo a conducir. Muchísimo miedo, era coger el volante y ¡uf! Pero yo ahí, a coger el volante y a conducir, y a conducir, y a conducir, hasta que al final... Bueno, a base de ir haciendo... [toma aire] a base de... Siempre he tenido una parte mía que es -tú puedes, tú puedes, tú puedes-. [...] Me ha costado mucho levantar mi «autoestima» y hay momentos en que caigo ¿eh? (Marta, Girona, 55)

Otros de los términos o expresiones utilizados por las personas entrevistadas son los siguientes (transcritas de forma literal): trauma de infancia, empatía, proceso/crecimiento/desarrollo personal, período de crisis, inteligencia emocional, acoso moral, trabajarse a una misma, dinámicas familiares, algo es terapéutico, fases del duelo, pensamiento o procesos inconsciente, algo no es funcional, ideas suicidas, conflictos internos, pensamientos recurrentes, plan de mejora, padre ausente, regresión,

²⁶⁵ Es este caso mantengo el indefinido en masculino porque el oficio de confesor sólo ha sido realizado por hombres. Cuestión que sigue advirtiendo de cómo el sistema de género heteropatriarcal se articula y/o forma parte de la biopolítica.

²⁶⁶ Marco entre comillas los dos términos que usa Marta que pertenecen al ámbito profesional de la psicología, pero que actualmente configuran parte de vocabularios legos.

autoconocimiento profundo, e introspección. Quiero además señalar que, la relación de palabras que acabo de presentar ninguna fue dicha por Andrea o Carlos, ambos psicólogos, con la intención de llamar la atención sobre cómo este tipo de vocabulario se ha extendido al total de la sociedad, y ya no sólo pertenece a los ámbitos profesionales. Una cuestión que nos advierte, una vez más, de cómo la psicología se está convirtiendo en sistema cultural en nuestras vidas en general, y en concreto en marco explicativo de nuestros procesos de recuperación en depresiones.

5. 4. 4. *Terapias New Age y Medicinas Alternativas Complementarias: dispositivos emocionales en expansión*²⁶⁷

Hasta ahora hemos visto algunas de las características principales de la psicobiopolítica actual, y parece obvio pensar que es un tipo de ideología que se re-produce a través de discursos y prácticas del ámbito de la psicología, tales como psicoterapias, revistas especializadas, instituciones de formación, etc. Pero en esta etnografía, han aparecido otros tipos de prácticas u otros espacios diferentes a los psicoterapéuticos, donde también se está generando y sosteniendo el discurso terapéutico. De hecho, a lo largo de los apartados anteriores han ido apareciendo algunas conexiones con el denominado fenómeno *New Age*, pero también con algunas Medicinas Alternativas Complementarias²⁶⁸, o al menos, con su uso en el contexto occidental. Como Isabella Riccò (2017:88) describe dichas terapéuticas:

Son «formas de espiritualidad contemporánea», «nuevos imaginarios culturales» (Prat, 2012) o, más popularmente, terapias New Age. Son corrientes vinculadas a filosofías y religiones con una determinada visión de la vida, del cosmos, de la trascendencia y espiritualidad, cuyas creencias tienen importantes repercusiones sobre las prácticas de atención a la salud. Cabe mencionar brevemente algunas de ellas, principalmente por dos razones: la primera tiene que ver con la correspondencia de elementos entre momentos históricos distintos, que marcan una continuidad y evidencian una duradera comunicación entre ciencia, metafísica y magia. La segunda está relacionada con el contexto social y el público al cual se dirigen. Si la medicina popular permitía vislumbrar el vínculo entre trascendencia, espiritualidad y salud a través de los ojos de las comunidades rurales, las corrientes que veremos a continuación tienen en cuenta la mirada burguesa y la de las clases

²⁶⁷ Agradezco a Miren Guilló Arakistain haberme facilitado bibliografía sobre este tema en conversaciones mantenidas, y también a través de la lectura de alguna de sus publicaciones (Guilló, 2018).

²⁶⁸ Definir las llamadas Medicinas Alternativas Complementarias (MACs) también es una cuestión difícil, “*dado que bajo esta etiqueta se consideran tanto formas de sanar milenarias con tradiciones doctrinales bien establecidas como modas dietéticas de efímera vida*” (Perdiguero y Tosal, 2007:148). En general, se refiere a la inclusión de ciertos discursos y prácticas médicas que son alternativas en cuanto que son diferentes de la hegemónica (biomedicina), y que son complementarias porque suelen actuar junto con esta última, aunque el peso de una u otra pueda variar dependiendo de la situación, la persona o su contexto.

medias emergentes que buscan alternativas a los límites de la medicina hegemónica.

Las principales son:

- *Swedenborgianismo*
- *Espiritismo*
- *Mesmerismo*
- *Transcendentalismo*
- *Ciencia Cristiana y New Thought*
- *Teosofía*
- *Parapsicología*
- *Psicoanálisis*

A éstas, debe sumárseles la difusión de ciertas escuelas del pensamiento oriental.

Más adelante, en el capítulo dedicado a prácticas corporales, me detendré con más detalle en cómo este tipo de actividades o de terapéutica es central en la mayoría de relatos recogidos, y además sobre la forma en que influyen en la recuperación de una depresión. Pero en este apartado quisiera llamar la atención sobre la relación de esta “formas de espiritualidad contemporánea” con el desarrollo del discurso terapéutico.

Por una parte, algo que ya Riccò (2017:88) advierte en la cita anterior, es que estos “nuevos imaginarios culturales” están muy relacionados con el ámbito de la salud, porque como Mónica Cornejo Valle y Maribel Blázquez Rodríguez (2013:12) señalan:

Estamos ante el renacimiento de una espiritualidad subjetiva y experimental, a menudo apoyada en argumentos científicistas, que se yergue al mismo tiempo sobre tres críticas cruciales: la crítica al reduccionismo materialista de la biomedicina, la crítica al trascendentismo de las religiones de libro, y la crítica a la fuerte institucionalización de la medicina y de la religión modernas.

Todas estos nuevos discursos y prácticas en torno a la salud y la espiritualidad comparten ciertos elementos comunes, y quizás el más central es una noción holística del ser humano (Riccò, 2017:120). Con ambiente holístico “se hace referencia a lo que Heelas y Woodhead denominaban como *subjective-life* (vivir en conexión con uno mismo y su íntima experiencia), en contraste con la denominada *life-as* (vivir en acuerdo con determinados roles sociales y expectativas)” (ibídem).

De esta forma, el componente individual cobra protagonismo frente a lo común o colectivo, tal y como sucede con el discurso terapéutico. Pero no sólo esto, sino que a partir del trabajo de campo se aprecia como la puesta en marcha de determinadas actividades *New Age* permite una narratividad de la propia biografía, algo que también hemos visto como característica central de la psicobiopolíticas actuales. Por ejemplo, Marta²⁶⁹, cuando relata la importancia de las constelaciones familiares en su recuperación, lo explica porque a ella le permite interpretar su historia pasada desde un prisma diferente, con otra causalidad, y esto le posibilita vivir el presente con menos sufrimiento. Lo mismo que comenta Carlos²⁷⁰ cuando habla de cómo la terapia Gestalt ha sido imprescindible para su recuperación, o cuando Anna²⁷¹ habla sobre su experiencia en varias sesiones de individuación femenina²⁷² a las que ha asistido.

También el control de lo emocional es uno de los grandes aprendizajes que las personas obtienen de la puesta en marcha de este tipo de terapéutica, tal y como se verá en el capítulo sobre prácticas corporales. Pero no son causalidad estas confluencias entre las formas contemporáneas de espiritualidad y el discurso terapéutico, si atendemos a que, como Riccò (2017:101) señala, recogiendo algunas ideas de Wouter J. Hanegraaff (1996)²⁷³, uno de los elementos del fenómeno la Nueva Era es *“la “psicologización de la religión” que coincide con la sacralización de la psicología -es decir, la reducción de la religión a una experiencia subjetiva de espiritualidad”* (Riccò, 2017:101). Esto es así, porque como Sandra Pedraza Gómez (2007:11) advierte, las actividades de tipo *New Age* no pretenden una efectividad fisiológica sobre el malestar, sino que su objetivo se orienta a que la persona aclare aspectos de su propia personalidad, y en concreto, de su emocionalidad ante el mundo, para poder modificarla como recurso imprescindible para alcanzar el bienestar.

Abriendo la lente a un panorama más general, como Cornejo y Blázquez (2013:25) señalan, estas relaciones entre las nuevas formas de espiritualidad y un paradigma emergente en salud no son meras coincidencias, sino que sugieren una transformación profunda a nivel cultural muy relacionada con la terapeutización de la sociedad, la pérdida de epistemes del sujeto moderno, y al fin y al cabo, con la desaparición de lo comunitario.

Desde un punto de vista moral, no deja de ser relevante poner de manifiesto cómo estas transformaciones pueden ser vistas también como la transición desde la ética del Bien Común hacia la ética de la subjetividad. Y la influencia de la new age (y su síntesis de la ideología del bienestar en salud) es en este sentido particularmente

²⁶⁹ Girona, 55.

²⁷⁰ Bizkaia, 43.

²⁷¹ Barcelona, 37.

²⁷² Técnica propia de la psicología jungeriana.

²⁷³ Citado en Riccò (2017:101)

ejemplar: preguntas en otro tiempo banales como «¿cómo te hace sentir esto?» o «¿funciona esto para mí?» (planteamientos fútiles en las coordenadas de la ética del Bien Común) se han convertido en el ambiente holístico en el script de la validación del conocimiento a través de la experiencia, convirtiendo al individuo en lugar de la autoridad sobre lo divino y lo humano.

Por último, es importante señalar cómo la pertenencia a un determinado grupo socioeconómico o la socialización de género influyen en la relación con estos nuevos imaginarios culturales. Por un lado, aquellas personas más jóvenes o con estudios superiores son más cercanas a este tipo de ideología, tal y como advierten algunas autoras como Paul Heelas (1996:124) que llama al propio movimiento *New Age* “*la religión secreta de las clases con estudios*”²⁷⁴. Y por otro lado, y en relación al género, ya ha sido estudiada la gran feminización que caracteriza a este mismo fenómeno. Autoras como Anne Scott (1998)²⁷⁵ defienden, incluso, que esta relación entre espiritualidad y salud ha permitido el empoderamiento feminista en cuanto que las mujeres han conseguido librarse del sometimiento ante un sistema biomédico o ante las grandes religiones, que minusvaloraban sus deseos, necesidades y opiniones en general. Otras autoras, como Riccò (2017:121), sugieren que al ser las mujeres las que más sufren el actual proceso de medicalización de nuestras sociedades, es lógico pensar que son ellas también las que más buscan alternativas a este mismo sistema biomédico, que, por otra parte, tampoco está dando respuesta a alguno de sus malestares. Y personalmente, creo que es importante conectar esta feminización de la “formas de espiritualidad contemporánea” con lo que está sucediendo en el total del discurso terapéutico a este respecto, lo que veremos en el siguiente apartado, y que como Pedraza (2007:13) advierte, está directamente relacionado con el “*control de los afectos*”.

5. 4. 5. El discurso terapéutico y su relación con el género

Una última cuestión que se puede rescatar de la etnografía es la relación que este discurso terapéutico mantienen con la condición de género. Por una parte, son mujeres las que sostienen en mayor medida este tipo de discurso. Itziar, Marta, Carla, Anna y Patricia son las que durante nuestros encuentros representan un ideal de este modelo en sus discursos y prácticas, todas ellas mujeres de entre treinta y uno, y cincuenta y cinco años. Aunque esto no significa que el resto de personas no estén reforzando este mismo discurso, pero sucede en menor medida.

Y, en segundo lugar, planteo algunas cuestiones que Itziar señaló durante la primera entrevista. Militante y trabajadora liberada dentro del movimiento feminista, habla así de

²⁷⁴ Citado en Cornejo y Blázquez (2013:23)

²⁷⁵ Citado en Cornejo y Blázquez (2013:23).

cómo le ayudó esto para su recuperación:

Estamos acostumbradas [las feministas] a vivir entre el conflicto, ¿no? Pensar, desear de una forma, de cómo nos han educado, y luego actuar o querer actuar de otra forma, o sea, es un conflicto al final, eso, y... yo creo que es como quitarle miedo también ¿no? A tener contradicciones, a vivir muchos conflictos contigo misma, ¿no? Con los conflictos internos, y compartir eso, hablar de eso, o sea, mucha gente no tiene esos espacios. [...] Yo creo que las feministas por una parte utilizamos, o sea, no tenemos tanto miedo al conflicto interno, porque nos... bueno, nos estamos autoanalizando todo el rato, ¿no? El deseo, el pensamiento... (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Más adelante, en el capítulo sobre prácticas corporales, abordaré en profundidad el tema del asociacionismo y de cómo el feminismo ha facilitado o no la recuperación en depresiones, pero ahora sólo nos detendremos en aquello que Itziar señala: los espacios feministas como lugares que incentivan el cuestionamiento personal, introspectivo y analítico. Es interesante, tal y como Illouz (2010) advierte, prestar atención a cómo el discurso terapéutico comparte muchas de sus características con los diferentes movimientos feministas: hacer público lo privado, poner lo emocional en el centro, la importancia de la sexualidad en los debates, o la idea de superación de las propias heridas emocionales, muchas de ellas producidas en la familia (como estructura reproductora del orden heteropatriarcal, que diríamos las feministas). Esta autora, también señala que la expansión del movimiento feminista, a partir de los años sesenta del pasado siglo, coincide con los principios de la psicologización de lo social y sugiere una retroalimentación entre ambos fenómenos.

La cuestión de lo emocional ha sido siempre un ámbito asignado al mundo de lo femenino o de las mujeres, algo que ya han comentado varias autoras, entre ellas Illouz (ibídem). A este respecto, Natàlia Carceller-Maicas (2013), a partir de un estudio sobre las narrativas de depresión de jóvenes catalanas/es, señala que existirían dos tipos de “senderos emocionales”²⁷⁶ en la experiencia y en la expresión del malestar, que están condicionados por la identidad de género.

El sendero masculino está basado en una expresión y vivencia del malestar de índole externa a escala física, y menos expresivo a escala verbal emocional. Los hombres manifiestan el malestar de modo corporal, mediante sus actos y conductas, y desestiman la opción de llevar a cabo una expresión más reflexiva, emotiva y verbal de sus emociones y sentimientos. Tal y como han evidenciado otros autores, los hombres optan por olvidar como estrategia de afrontamiento del malestar (Martínez-

²⁷⁶ Con esta expresión, la autora se refiere a “los diferentes modos de vivir, de experimentar y de sentir la depresión y los malestares asociados” (Carceller-Maicas, 2013:299).

Hernández y Muñoz García, 2010). [...] En el caso de las mujeres, el sendero es completamente distinto al de sus compañeros, pues está basado en la internalización y psicologización del malestar. Al contrario que los chicos, la estrategia de las chicas es «meterlo hacia dentro», pensar, repensar, comentar, compartir, y conversar sobre su malestar con sus allegados. Se trata de un proceso cognitivo complejo en el que la externalización física no tiene cabida, a no ser que sea mediante el llanto. Es, así pues, mediante el análisis, el repensar y el dialogar sobre el problema la forma en que son capaces de hacerle frente, para solo así posteriormente olvidarlo. (Carceller-Maicas, 2013:300-301)

Una cuestión que también señala Itziar, cuándo le pregunté si el hecho de ser mujer podría haber influido en su proceso de recuperación de alguna forma.

Yo creo que sí. Igual también es por la educación. Pero eso de mirarte hacia adentro, de analizarte, yo creo que somos más para adentro... A ver, por eso no me gusta generalizar. Pero la... yo por lo menos, he recibí... o sea, he aprendido eso, así, o sea, he aprendido a ser así. Mirarme más hacia adentro, hablar, y eso es lo bueno, ¿no? Hablamos, exteriorizamos, algunos más que otras... igual, por ejemplo, los chicos no... no tienen esos entornos, de hablar, hacen y punto. Igual hacen más actividad física por eso. O sea, no sé. Yo no me voy a poner a pensar en los hombres, yo voy a pensar en mí. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Itziar cree que es una ventaja esta parte de la socialización de género en relación a la gestión del malestar. Sin embargo, Carceller-Maicas (2013:315) sostiene que esta diferencias en la forma de experimentar y expresar lo emocional podrían explicar la brecha de género en cuanto al diagnóstico de depresión, ya que determinadas estrategias de las adolescentes, como “el estilo de respuesta rumiativo”²⁷⁷, provoca un mayor sufrimiento y “aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos depresivos” (ibídem:311). Por tanto, la mayor reflexión y expresión discursiva de las emociones en general, y del malestar en particular, que es fruto de la socialización de género, y que a su vez está muy relacionada con el discurso terapéutico, podría estar exponiendo a las mujeres a un mayor riesgo de sufrir una depresión.

Por otro lado, Illouz (2010) señala que la sobrepresencia del discurso terapéutico está poniendo en el centro de la vida el ámbito de lo emocional y, que de esa forma, se está poniendo valor en algo que hasta el momento estaba menospreciado, y que pertenece al lado de lo femenino. Un nuevo panorama cultural, sigue la autora, que estaría permitiendo una mayor igualdad entre hombres y mujeres, o que la entrada de este discurso terapéutico

²⁷⁷ Con estilo de respuesta rumiativo, Carceller-Maicas (2013) se refiere a pensar y reflexionar incesantemente sobre una misma cosa.

en la empresa la está democratizando (ibídem). Sin embargo, no parece que los datos sobre feminicidios o los de brecha salarial, por poner un ejemplo, muestren lo mismo. Si bien creo que se está poniendo lo emocional en el centro como motor de la vida, no creo que esto suponga ninguna disminución de la desigualdad de género, de clase o de etnia. Más bien se están configurando nuevas formas disciplinarias, que a veces colonizan ciertas reivindicaciones o estrategias de los movimientos sociales, dando lugar a fenómenos como el descrito por Irati Mogollón García (2018)²⁷⁸ en relación a la economía colaborativa²⁷⁹. Esta autora señala cómo se está instaurando un sistema posfordista en un contexto colaborativo donde se pretendían crear otras formas de empleo y trabajo, y todo esto a partir de dispositivos emocionales centrados en el apego, la pasión o el deseo, que

tienden a producir comportamientos de adicción al trabajo (workaholismo), desestructuración de los horarios de la jornada laboral, extensas jornadas laborales, empleos intermitentes, incertidumbre, poner en juego una amplia parte de los recursos personales y familiares al servicio del proyecto empresarial y relativización de las condiciones laborales (sueldos percibidos, bajas, vacaciones, horas extra...), reproducción y ensalzamiento del trabajador BBVAH²⁸⁰ (no solamente influirá en las dinámicas laborales de producción, sino que también influirá en la obtención de reconocimientos y recursos). (ibídem:25)

Recapitulando, lo que parece más interesante es dejar de esencializar el discurso sobre lo femenino, y como Itziar decía, ver que esta capacidad de conciencia y gestión de lo emocional no es algo “natural” e “innato” de las mujeres, tal y como la psicología ha defendido en su proceso de “*construcción de lo femenino*” (Illouz, 2010:146). Y a la vez, hacer un análisis introspectivo dentro del feminismo²⁸¹, sobre cómo estamos empleando las mismas estrategias propuestas por el discurso terapéutico, y sobre todo con qué fines, porque lo maquiavélico de esta nueva *psicopolítica* (Han, 2012) no es en sí mismo que use determinadas palabras o promueva el desarrollo del control de lo emocional, sino que el objetivo sea potenciar una lectura individualizante de los malestares generados por las desigualdades sociales²⁸². Hasta ahora, el movimiento feminista siempre se ha movido hacía un horizonte compartido, donde las opresiones vividas se explican desde lo socioestructural, y no como parte de una historia individual. Pero habría que estar atentas para que los nuevos dispositivos emocionales del actual régimen (psico)biopolítico no

²⁷⁸ Comunicación oral titulada “Vivir de aquello que nos apasiona”, presentada en el panel *Investigación encarnada: metodologías feministas y afecto* del IV Congreso Internacional de Antropología AIBR, celebrado en Granada, 4-7 de septiembre de 2018.

²⁷⁹ Modelo económico que plantea una relación directa entre los ámbitos de producción y de consumo, y que rige su funcionamiento por la colaboración y la participación de todos los agentes implicados.

²⁸⁰ Blanco Burgués Varón Heterosexual. Concepto que surge desde el movimiento feminista, y que Perez-Orózcó (2014) recoge de forma escrita.

²⁸¹ Jugando así a la paradoja.

²⁸² Por ejemplo, cuando estoy en un espacio de empoderamiento feminista y me encuentro algunas veces con talleres para aumentar la autoestima o terapias *mindfulness* para cuidadoras, me pregunto si no estamos dejando de lado una mirada más política para quedarnos únicamente en lo terapéutico.

colonizen nuestras prácticas y discursos, y nuestras luchas sigan siendo políticas y no terapéuticas.

5. 5. Reflexiones finales en torno a la (tecno)(psico)biopolítica de las depresiones

Si entendemos las (tecno)(psico)biopolíticas como formas de gobierno de la vida, tendríamos que preguntarnos qué entendemos por vida. Retomo aquí aportaciones que, en las últimas décadas, ha ofrecido el feminismo con la inauguración de un debate en torno a la noción de vida, resignificando su concepto y el lugar que ocupa en nuestra escala de valores. Sirva de ejemplo, entre otras, las propuestas que plantean el *conflicto capital-vida* y proponen *poner la vida y la sostenibilidad de la misma en el centro*²⁸³, las del *Buen Vivir/buenos vivires* y del *vivir bien*²⁸⁴ y las que nos hablan de *vidas que merezcan -la alegría de- ser vividas*²⁸⁵.

De acuerdo con estas propuestas, y a raíz de lo expuesto hasta ahora, la vida, y por tanto, también la muerte, no son algo esencial al margen de la articulación de estructuras socioeconómicas (Pérez-Orozco, 2014:77), sino que las estamos definiendo, creando y performando social y culturalmente en el marco de unas relaciones en que lo biológico, lo social, lo económico y lo cultural se cruzan y permean mutuamente. La vida, *vulnerable* y *eco/inter-dependiente* (Pérez-Orozco, 2014:79), se define y configura entonces de forma difusa, dando lugar a situaciones descritas por Butler (2010) como *vidas precarias* o *invivibles*, o a todas aquellas víctimas de la violencia contemporánea que Cavarero (2009) denominaba como *horrorismo*, y que sitúan el significado de la vida en un lugar nada parecido a lo descrito por el *Buen Vivir* antes mencionado.

Y paradójicamente, ¿sobre qué trabaja la biotecnología o la psicobiopolítica si no es precisamente sobre lo vivo? Entonces, la cuestión clave es re-pensar qué se entiende por vida o por vivible, y cómo se está gestionando la re-producción de la misma en los diferentes regímenes políticos y culturales.

5. 5. 1. *Vidas definidas para un futuro controlado*²⁸⁶

En los apartados anteriores hemos visto tres tipos de dispositivos de control biopolítico: las categorías nosológicas, los psicofármacos antidepresivos y el discurso terapéutico. Todos ellos definen y delimitan procesos y experiencias vitales, abriendo y/o cerrando diferentes posibilidades de vida y de existencia, generando así un control sobre el futuro, sobre qué

²⁸³ Planteamiento realizado desde diferentes colectivos feministas que ha sido estructurado y desarrollado teóricamente en las últimas décadas, principalmente desde la economía feminista por autoras como Cristina Carrasco y Amaia Pérez-Orozco, entre otras.

²⁸⁴ Términos indígenas, originarios de Ecuador y Bolivia, que han permitido "*construir una alternativa al desarrollo, que no de desarrollo*" (Pérez-Orozco, 2014:228).

²⁸⁵ Utilizo ahora la adaptación que hace Carmen Crespo (2014, 2017) de la noción *vidas que merezcan* (la pena) ser vividas.

²⁸⁶ Una versión de este apartado fue publicada con anterioridad en Barba y Zapata (2018).

vidas se permiten y cuáles se limitan. Pero, ¿cuáles son exactamente esas vidas permitidas y potenciadas, y cuáles desechadas, impedidas, o incluso suprimidas?

Como ya he señalado, con los tres dispositivos de control biopolítico se refuerza la existencia de un régimen emocional concreto que va unido a un contexto sociocultural determinado, pero que, sin embargo, está extendiéndose a nivel global, de la mano, principalmente, de la biomedicina (y la psiquiatría y psicología como partes de la misma). Cada sociedad o cultura ha desarrollado su propio modelo ideológico y práctico en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención, pero la expansión del colonialismo, ya desde sus etapas más tempranas, como al principio del capítulo señalaba, ha supuesto el desprestigio de estos *otros* modelos médicos como una forma más de asimilación cultural, que aún se mantiene pese a la independencia de las colonias (Medina, 2005:85). Una cuestión que ha puesto en peligro la existencia de muchos de estos modelos médicos llamados “tradicionales”, y que supone un tipo de relación postcolonial a partir de redes transnacionales de actores (personas, objetos e instituciones), que suelen tener un mismo puesto de control: el Norte Global (ibídem:89).

Por otro lado, la biomedicina pone el foco en una única parte -fragmentada- del cuerpo, el cerebro, que es tanto la representación del intelecto y lo mental, como órgano regidor de lo emocional. Así, se siguen reproduciendo y manteniendo algunos de los dualismos propios de la cultura occidental como el de mente-cuerpo, individuo-sociedad, o naturaleza-cultura, pero, sobre todo, se justifica el consumo de antidepresivos, el control de lo emocional, y al fin y al cabo, una visión mentalista de la persona²⁸⁷.

También los profesionales e instituciones de salud sostienen esta misma narrativa de enfermedad. Como Gotzsche (2014) señala, la mayoría de estudios y congresos de investigación académico-científica que promulgan y afirman que la depresión tiene una base neuroquímica están financiados en su mayor parte por las empresas farmacéuticas. Es evidente que el lobby farmacéutico también llega hasta las consultas de atención primaria y psiquiatría, y a los órganos de dirección de hospitales y de ministerios de salud. A este respecto, María, cuya estrategia principal para activar su recuperación fue acudir a consulta de psiquiatría y psicología, comenta:

*Bueno jo vaig anar al psiquiatra primer de tot, també dius no saps què et trobaràs ni res, t'expliquen una mica que clar, que... no generes serot... serotonina, -t'he de medicar per generar serotonina, perquè estiguis feliç, perquè estiguis bé-, però és clar, que a part d'això que també ho has de treballar-ho.*²⁸⁸ (María, Girona, 43)

²⁸⁷ El significado etimológico de la palabra psicología es ciencia de la mente o del alma.

²⁸⁸ *Bueno, yo fui al psiquiatra lo primero de todo, tampoco sabes que te encontrarás ni nada, te explican un poco que claro, que... no generas serot... serotonina, -te tienes que medicar para generar serotonina, para que seas feliz, para que estés bien-, pero está claro que aparte de eso también te lo tienes que trabajar.*

En este sentido, tanto las empresas farmacéuticas como las/os profesionales e instituciones de salud están siendo actores y ejecutores de un control biopolítico donde se clasifican las vidas, entre vivibles y no vivibles, en función de su ajuste al régimen emocional hegemónico. Pero incluso también, como he comentado anteriormente, otras personas ajenas al sistema biomédico recomiendan la ingesta de estos psicofármacos o una lectura psicológica del malestar, a sus familiares, amigas o compañeras de trabajo. De este modo, todas aquellas que se desvíen de la norma pueden y deben ser diagnosticadas, y tratadas con sustancias psicofarmacológicas y/o con terapias de tipo psicológico, que regulan las diferencias, y aseguran además una normativización de conductas de tipo emocional, y por ende del mundo de lo social.

Podríamos decir entonces que el orden biopolítico y biomédico actual busca reproducir cuerpos humanos que sean felices, complacientes y emprendedores, algo que fácilmente podemos entender como un facilitador de la expansión sin trabas²⁸⁹ de un sistema económico capitalista postmoderno donde impera el sector servicios, la productividad como índice de valor social, y la negación del sufrimiento y el dolor como muestra de nuestra normalidad. Eso es, hacen falta vidas -en este caso humanas- útiles y serviles, predecibles, controlables y controladas, y normalizadas y normativizadas que, además, vivan esta situación con tranquilidad y alegría.

Y aquí cabe preguntarse dónde quedan la vida y la muerte y dónde están los límites entre una y otra, ya que en estos casos ciertas vidas están implicando necesariamente la imposibilidad de otras, algo que ya advertía Butler (2006), entre otras, y que Pérez-Orozco (2014) retoma planteando que la noción hegemónica de vida *“requiere el sacrificio de otras vidas (humanas y no humanas) que no importan al no ser reconocidas plenamente como vivas”* (Pérez Orozco, 2014:227). Vemos entonces que, incluso teniendo la posibilidad biológica de existir, social, legal, económica y culturalmente se está impidiendo la existencia de aquellas vidas consideradas diferentes, no importantes, innecesarias, no tan productivas, irregulares e imprevisibles.

En definitiva, se está definiendo y delimitando qué vidas deben ser vividas y cómo, en el seno de unos entramados sociales donde los agentes médico-científico-técnico-comerciales tienen un lugar relevante y donde los criterios para decidir qué y cómo debe vivir son cada vez más desterritorializados y globalizados, y todo ello sucede en el marco de un sistema económico globalizado con el objetivo de generar un mundo homogéneo, predecible, productivo y controlado.

Frente a esto, es interesante recoger las propuestas feministas que plantean el cuidado como condición ineludible para la existencia (Comas, 2014; Pérez-Orozco, 2014) y revisar

²⁸⁹ Trabas podrían ser las depresiones u otros “fallos” humanos o disfuncionalidades del sujeto encarnado.

desde estos planteamientos las relaciones, las prácticas y las existencias que aparecen en el contexto de los procesos de recuperación en depresiones. En este sentido, y si queremos habitar otras vidas vivibles, ¿de qué forma podríamos hacerlo? ¿Qué otras redes y roles se generarían? ¿Cómo puede esto contrarrestar los efectos de las biopolíticas hegemónicas?²⁹⁰

²⁹⁰ Abordaré alguna de estas cuestiones en el último capítulo.

CAPÍTULO 6

SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS DE LA RECUPERACIÓN Y EL BIENESTAR EN DEPRESIONES

¿Qué es la recuperación? Según el Diccionario de María Moliner (2007), una de las acepciones es: «Volver a tener algo que se había perdido». En nuestro caso, es decir, en el de las personas con trastorno mental, ese «algo» es tan distinto en cada uno de nosotros como lo es nuestro dolor. Lo primero que perdemos es la salud mental, pero con ella, puede ir detrás una parte importante de nuestra vida o, a veces, toda. Y para mí, es clave la distinción entre aceptar el trastorno o resignarte al mismo. La resignación debe abandonarse lo antes posible: el asumirla significa que no crees que vayas a recuperar aquello que has perdido; que tu vida en nada bueno va a parecerse a la que tenías. La resignación va a provocarte autoestigma que, a su vez, te hará padecer una discriminación, en algunos casos, inexistente. No es fácil librarse de ella, no creo que nadie pueda decirlo. En mi caso, mirar a mi alrededor, en un sentido muy amplio, me permitió dejar de considerarme una víctima en un mundo en el que las enfermedades no se cuestionan el sexo, la edad, la fortaleza, las ilusiones, la esperanza, el amor.

(Motse Baró)²⁹¹

²⁹¹ <http://www.activament.org/es/2014/09/16/la-recuperacio-aquest-llarg-cami/#sthash.pWsfSbcQ.dpbs> [Consulta: 24/01/2019]

¿Qué es la recuperación? ¿Cuándo podemos decir que estamos recuperadas de una depresión? Adscribirse a la idea de que existe la posibilidad de recuperación en depresiones es ya una elección epistemológica, porque hasta la década de los años sesenta del s. XX permanecía la idea generalizada en el ámbito médico psiquiátrico de que los sufrimientos diagnosticados como enfermedad mental eran crónicos e irreversibles. Hasta que en este mismo periodo, y de la mano del movimiento de desinstitucionalización²⁹², se comienza a fraguar una orientación hacia la recuperación en el ámbito de la salud mental, culminando finalmente en el surgimiento del Modelo o paradigma de la Recuperación (Braslow, 2013:782-784).

Algunos años antes de comenzar con esta investigación, había tenido la oportunidad -como activista y trabajadora en el ámbito de la salud mental- de conocer historias de recuperación en depresiones, o al menos así eran entendidas por aquellas que lo experimentaban. Por esta razón, y porque Andrea, uno de los primeros informantes, así me lo aconsejó²⁹³, ya desde un principio me posicioné en el paradigma de la recuperación²⁹⁴. Posteriormente, desarrollé el trabajo de campo contando con la participación de personas que nombraban su proceso de salud-enfermedad-atención como algo que ya estaba “superado”, “que ya pasó”, y en definitiva “que se habían recuperado de la depresión”.

En este capítulo, comienzo presentando algunas reflexiones que han surgido tras la etnografía, y en relación al modelo de la recuperación, tal y como se ha ido configurando en los últimos años. Pese a que este modelo aporta elementos imprescindibles para mi análisis del fenómeno, también refuerza algunas ideas que sería necesario revisar y reformular, tal y como veremos más adelante.

Por otro lado, en el segundo apartado se introducirá una cuestión que no está directamente relacionada con la aplicación del modelo, pero que también tomó relevancia durante los primeros análisis. Y es que, la idea de recuperación siempre se presenta en el campo de estudio asociada a la sensación o emoción de bienestar. Una relación de conceptos compleja, y que merece un estudio más detallado, como veremos en este apartado, para seguir indagando en el significado mismo del “estar recuperada” de una depresión.

²⁹² El movimiento de desinstitucionalización surgió durante los años cincuenta y sesenta del pasado siglo en EE. UU., protagonizado por políticos y profesionales de la salud mental, que denunciaban que los asilos o antiguos hospitales psiquiátricos generaban más sufrimiento que el que aliviaban y en la mayoría de los casos las personas que conseguían salir de allí lo hacían con muchas menos habilidades y capacidades necesarias para el desarrollo de una vida en comunidad (Braslow, 2013:782).

²⁹³ Agradezco a Andrea haber llamado mi atención a este respecto. Una de las razones principales de la elección del término y del paradigma de la recuperación, es crear nuevas epistemologías de investigación, construyendo un conocimiento compartido, transformando nuestros objetos en sujetos de estudio.

²⁹⁴ Decidí no utilizar otros términos, como sanación o curación, porque no me parecían del todo adecuados para este estudio. A partir de las ideas de María Begoña Vicuña Castrejón (2006), y de las tendencias que se pueden observar en las investigaciones asociadas a uno y otro término en diferentes bases de datos (*Dialnet* y *Scopus*), se podría entender la curación como una disminución o ausencia de los síntomas, mientras que la sanación estaría relacionada con una visión más holística de los procesos de salud-enfermedad-atención y más ligada a temas de teología y movimientos religiosos o espirituales.

Después, presentaré los resultados de los análisis sobre los significados -encarnados- de la idea de bienestar y recuperación que tienen las personas que han colaborado con esta investigación, a partir de sus relatos, prácticas e ideologías sostenidas sobre las mismas. Para una exposición más clara, clasificaré los significados alrededor de cuatro ejes. El primero tiene que ver con la idea de tranquilidad y ritmos vitales distintos. El segundo con la noción de energía, tanto física como espiritual. El tercero aborda el tema de la afectación, sensibilidad y emoción. Y el cuarto versa sobre la orientación y puesta en práctica del deseo.

Por último, en el apartado final se recogerán las cuestiones principales de cada eje de significados, ofreciendo un hilo común que los una, y que nos permite por tanto, dotar de un sentido holístico el proceso de recuperación.

6. 1. Aportes al modelo de la recuperación²⁹⁵

En esta investigación, como ya he adelantado, empleo el término de recuperación basándome en los conceptos y teorías que han ido surgiendo desde el llamado Modelo de la Recuperación, que nació en los años sesenta y setenta del s. XX en EE.UU. e Inglaterra, desde la confluencia de las ideas y valores del enfoque o paradigma de la antipsiquiatría (en el ámbito profesional), por un lado, y por otro de las propuestas del movimiento de supervivientes de la psiquiatría de los años setenta, y del movimiento más amplio por los derechos de los usuarios en salud mental que surge también en esa misma década.

Entre todos estos grupos que luchaban por otro modelo de atención en salud mental, había diferencias. El movimiento de supervivientes de la psiquiatría surgió en diferentes lugares de EE.UU., impulsado por ex pacientes de los servicios públicos de salud mental, como reacción y repulsa ante los tratamientos forzosos a los que habían sido sometidas/os, y ante el estigma y la discriminación social que sufrían tras los diagnósticos y períodos de psiquiatrización. En este contexto histórico y social en el que también tomaban fuerza otros movimientos reivindicativos, como el feminismo, el movimiento gay o el que exigía derechos para las personas con discapacidad, el de supervivientes de la psiquiatría surgió tras una escisión del movimiento de antipsiquiatría que en su mayor parte estaba conformado por profesionales, y con las/os que las/os supervivientes o ex prisioneras/os de las instituciones mentales (como también se autodenominaban) comenzaron a encontrar diferencias en los objetivos de la lucha. Actualmente, este movimiento sigue en auge, y existen grupos y organizaciones por toda Europa, EE.UU., Canadá, y algunos países latinoamericanos como Argentina, Chile o Brasil.

²⁹⁵ Una versión de este apartado se ha publicado con anterioridad en Zapata (en prensa).

Sin embargo, el Modelo de la Recuperación se convirtió en un objetivo común entre los diferentes grupos. Y a partir del año 2000, este enfoque comienza a formar parte de las políticas de salud institucionales de países como EE.UU., Inglaterra, Australia, Canadá, Finlandia o Suecia (Alonso, 2016), que hasta entonces habían utilizado el término de recuperación como ausencia de síntomas de enfermedad. Desde el paradigma mencionado, la recuperación (*recovery*) no es entendida de esta forma, pero tampoco como se entiende coloquialmente. Es decir, no hablamos de un “volver a tener” algo que se perdió, que fue arrebatado, que se desechó o que simplemente ahora no está, sino que es algo diferente y más complejo.

A este respecto, David Pilgrim (2008)²⁹⁶ distingue hasta tres conceptos distintos que se emplean para hablar de la recuperación en salud mental, pero que son incompatibles entre sí:

El primero entiende la recuperación como tratamiento biomédico [...] define la recuperación en sintonía con la conciencia de enfermedad y a la respuesta al tratamiento médico. El segundo entiende la recuperación como el desarrollo de habilidades y recursos que servirán de apoyo frente a los efectos del sufrimiento [...] El tercero entiende la recuperación basada en los derechos individuales, para el que la recuperación supone liberarse de la coacción, del etiquetado y de la anulación producida por el diagnóstico psiquiátrico. (Alonso, 2016:15)

Pese a que estos tres conceptos puedan estar implícitos en alguna u otra de las acepciones que existen del modelo de recuperación, son el segundo y tercer concepto los que han otorgado al modelo su singularidad. Una de las primeras definiciones que se hizo dentro de este paradigma fue la de William A. Anthony (1993:13):

La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera satisfactoria de vivir la vida, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental.

Esta definición de Anthony (ibídem) me resulta acertada, en cuanto que entiende los procesos de salud-enfermedad-atención como algo dinámico, un recorrido repleto de movimientos personales, y colectivos diría yo, y ya no tanto como estados o fases fijas. Esta cuestión es importante en el desarrollo del modelo, porque supuso romper con una visión pesimista de la atención en salud mental, que en la mayor parte de su historia había

²⁹⁶ Citado en Alonso (2016:15).

extendido el fantasma de la cronicidad, y lo había convertido en muchos casos en profecías autocumplidas (Broslow, 2013:786-787). Así, defender la posibilidad del cambio, supuso una ruptura con la tradición psiquiátrica y médica anterior.

Por otro lado, la recuperación es diversa en sí misma en función de quién la experimenta. Esta cuestión sirvió para dotar de valor a la experiencia subjetiva en primera persona; algo que también es central en la conceptualización del modelo de la recuperación y que supone una novedad en relación con las pasadas formas médicas y psiquiátricas. A continuación, se muestran varios ejemplos que son parte de las respuestas a la pregunta sobre qué es superar o recuperarse de una depresión, de varias de las personas que han colaborado con la investigación que realizo.

Anna (Barcelona, 37), que vivió un proceso de recuperación durante trece años: *Para mí el proceso de recuperación tiene que ver con el autoconocimiento, con la exploración, con poder sentirte reconocida también, pero sobre todo con salir de lo que está fuera, o sea, de darnos cuentas que cada persona tiene su proceso y hay que respetarlo mucho.*

Ainhoa (Araba/Álava, 33) hace siete años comenzó con su proceso de recuperación y a día de hoy aún no lo ha finalizado: *Las últimas relaciones que he tenido este verano, no siempre me ha pasado, las últimas relaciones que he tenido me han ido bastante bien, he estado bastante tranquila y creo que voy superándolo poco a poco, pero me está costando mucho.*

Andrea (Barcelona, 40) ha vivido ya varias recaídas y por tanto, diferentes procesos de recuperación: *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.*

Patricia (Araba/Álava, 38) estuvo durante diecinueve años recuperándose de una depresión: *Y ahora puedo decir que yo estoy muy bien, ahora que tengo treinta y ocho años. Veinte años, veinte años no porque ya llevo un tiempo bien, pero me ha costado casi veinte años llegar a eso [a estar bien].*

Carlos (Bizkaia, 43) vivió una primera depresión durante la adolescencia: *Ese verano... yo creo que viví más. Salía más, más vida social, sí, yo creo... sí, algo se rompió ese... ese curso. Sí, tengo como ese recuerdo... un verano que estuve bien. Me acuerdo, lo recuerdo como un buen verano. Y eso... ya se disolvió tal cual, la depresión aquella.*

Amets (Gipuzkoa, 27) estuvo durante un año y medio recuperándose de una depresión: *Yo creo que estoy en la superación de todo este proceso... bueno, ha sido muy progresiva, y todavía sigue de alguna manera activa, podría seguir ¿eh? Creo que he superado la gran parte de esto, creo que he cuestionado mucho todo aquello y que he cambiado bastantes pautas de como funciono yo en sociedad, a nivel individual, a nivel profesional, creo que sí que he hecho una crítica. Y creo que eso me ha ayudado a dar la vuelta. Y creo que la superación también, o el dar la vuelta a estas situaciones, viene más por ahí, que por medicalizar la situación.*

Como vemos, Amets, en el último fragmento, es muy crítico con los modelos (bio)médicos que únicamente entienden la recuperación como desaparición de los síntomas, y cuya estrategia principal es la medicalización que sólo esconde temporalmente el problema sin ir a la raíz.

Otra de las ideas que recojo de Amets, pero que también está presente en el resto de fragmentos, es que la recuperación es algo que nunca se agota, porque la amenaza de las recaídas es constante, y por eso, disfrutar de la salud es, tal y como Anthony (1993) apuntaba, un aprender recursos y herramientas para vivir con esa nueva situación o acontecimiento vital. Muchas de las personas entrevistadas narran la experiencia de varios períodos de depresión o varias depresiones -según la forma de relatar de cada una-, y además todas señalan la sensación de temor -más o menos constante- ante la posibilidad de nuevas recaídas. Por ejemplo, Rocío, médica de cincuenta y ocho años, dice:

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 [su marido] -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 biorritmos más bajos, ¡buf! 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. (Rocío, Gipuzkoa, 58)

Rocío señala en esta cita, no sólo que las recaídas son un constante en el horizonte, sino que la recuperación es algo compartido, algo colectivo, porque pasa en un entorno concreto, en un momento histórico, cultural y territorial determinado, con personas que acompañan, facilitando o dificultando ese proceso, pero, en cualquier caso, formando parte del mismo. En este sentido, creo que habría que revisar la propuesta de Anthony (1993), y en general del modelo de la recuperación, porque este proceso se está entendiendo como algo "*hondamente personal*" (ibídem), donde la relación con el mundo y las otras queda relegada a un simple escenario. Y esto sin restar protagonismo y centralidad al sujeto que experimenta en primera persona la depresión, pero sí es importante estar atentas y ser consecuentes con la idea de que somos en relación, no somos seres aislados, sino que vivimos en interdependencia, tanto para la salud como par la enfermedad.

Sobre esta cuestión, habría que volver a la noción de la enfermedad propuesta por Mol y Law (2004), que la entienden como un conjunto de prácticas que se ponen en marcha y son desarrolladas tanto por las personas enfermas como por sus entornos -tanto médicos como familiares o de amistad-. Me gustaría extender esta idea al ámbito de la recuperación, y pensar en un sujeto que actúa la recuperación, que es enactuado por su entorno y por sí mismo, y a la vez es múltiple en cuanto a las experiencias se refiere. Así, no podemos seguir pensando la recuperación sólo desde lo individual, y habría que revisar el modelo de la recuperación en este sentido, buscando otras maneras más holísticas de entender el proceso.

Joel Tupper Braslow (2016), en una genealogía que realiza del modelo de la recuperación, advierte de que este paradigma contiene muchos valores propios del contexto histórico en que se gestó su desarrollo y que coincide con la época de gobierno de Ronald Reagan, tanto como gobernador del estado de California como de presidente de los EE.UU., en la que se facilitó la desaparición de derechos y servicios ofrecidos por el estado de bienestar en pro de una privatización de los mismos²⁹⁷. Este autor sostiene que el modelo promueve valores de tipo individualistas a partir de consignas como la de la autonomía, el de empoderamiento o de la responsabilidad individual sobre el proceso de salud-enfermedad-atención. En respuesta a esta crítica de Braslow (2016), una visión mucho más holística y relacional del modelo de recuperación como la que acabo de proponer, podría servir para superar nociones individualistas de la misma, sin que esto tampoco suponga que los entornos cercanos a la persona que sufre tengan que cubrir los servicios públicos negados

²⁹⁷ Broslow (2016) sugiere, que el abandono del paradigma de los grandes complejos psiquiátricos hospitalarios fue paralelo al aumento de los tratamientos psicofarmacológicos (triplicando así los ingresos de las farmacéuticas), a la promoción de servicios de atención de tipo comunitario (en los que los familiares y personas cercanas comenzaban a cubrir parte de los cuidados), y a una disminución en general de la duración y recursos por parte de la institución pública en la atención de cada persona.

o privatizados. Sin embargo, es importante entender lo comunitario como una fuerza de acción y de interdependencia que no sólo posibilita y apoya la recuperación, sino que es parte esencial e imprescindible de la misma, actuándola y enactuándola de formas múltiples.

Por otro lado, María Alonso Suárez (2016) señala otro de los inconvenientes del modelo de la recuperación, en una revisión que realizó sobre las diferentes conceptualizaciones que se han dado de este modelo. La autora, desde una mirada crítica y reflexiva, advierte de una colonización del término desde la biomedicina ya que “aspectos como “adherencia a la medicación”, “conciencia de enfermedad” y “reducción de síntomas” se asocian a procesos y resultados que forman parte del proceso de recuperación” (ibídem:16), reduciendo el significado de la misma a la respuesta de la persona al tratamiento -psicofarmacológico mayormente, añadiría yo-. En contraposición a esto, esta autora concluye:

La única conceptualización del modelo de recuperación que vale la pena es que la entiende como un proceso subjetivo de dotar de sentido a la propia experiencia y que se apoya en la reivindicación de los derechos individuales para el que la recuperación supone librarse de la coacción, del etiquetado y de la anulación producida por el diagnóstico psiquiátrico, y que tiene en cuenta los determinantes sociales del sufrimiento psíquico, y soluciones que pasen por intervenir también sobre estos. (Alonso, 2016:22)

Alonso realizó esta conceptualización del modelo en un texto (ibídem) que está dirigido sobre todo a profesionales e instituciones públicas de salud. Yo aquí retomo sus ideas haciendo una extensión de las mismas al ámbito de lo individual y colectivo, puesto que uno de los objetivos principales de mi investigación es describir y analizar los recursos sociales y personales activados que son diferentes de los ofrecidos por los servicios públicos (y/o privados) de salud, pero que sin embargo interactuarán con los mismos. Y retomar las aportaciones de Alonso ha sido fundamental en la búsqueda de una definición de recuperación válida y coherente, al menos para esta etnografía

Así, esta autora sitúa el ideal de recuperación en la soberanía y la lucha por los derechos individuales, y promueve además un rechazo de la estigmatización por la categoría diagnóstica asignada. Sin embargo, y volviendo a la etnografía, la definición de Alonso en este sentido no se sostiene, al menos en mi investigación, porque no todas las personas entienden y/o viven la recuperación de esta forma. Y esto es así, porque para muchas alcanzar el bienestar o pasar la depresión “sólo” supone lograr un sentido nuevo de la vida y dotarse de herramientas y estrategias para afrontar la propia existencia tras la experiencia de enfermedad, y el cuestionamiento de la estigmatización o de exclusión social por el diagnóstico no siempre aparece. En este sentido, y a modo de ejemplo, Marta

y Pilar muestran posiciones diferentes. La primera, que pasó por dos depresiones en apenas cuatro años, nos habla de salir de la etiqueta del diagnóstico porque lo ve como una forma de exclusión social por ser diferente, y sin embargo Pilar, de edad similar y que también ha vivido varias depresiones, asume el diagnóstico y habla de la recuperación como un “*poder hacer*” las cosas que se “*tienen que hacer*” (trabajos domésticos, trabajo asalariado, etc.).

Marta (Girona, 55): *Claro, tú dirás...cuando yo con cuarenta años vi que mi mundo de pequeñita era real. Digo... ¡hualaaaa! ¡Pues no soy diferente! Hay alguien que es igual que yo, ¡pertenezco a un grupo!, ¡pertenezco a un grupo!, ¡no soy diferente! Pertenezco a un grupo, no tengo depresión. Que manía con etiquetarnos. A lo mejor estaban más deprimidos ellos que yo. O yo que sé si el psiquiatra también se tomaba pastillas para la depresión. ¿Me explico?*

Pilar (Bizkaia, 48): *La diferencia es que te levantas y tienes ganas de hacer cosa, tienes ganas de, bueno, de hacer las cosas de casa, luego te ríes también con las cosas, otra vez te ríes, vas viendo las cosas más positivamente, ¿no? Pero lo principal es que tienes ganas de estar con la gente, hablar con la gente y hacer las cosas que tienes que hacer ¿no?*

Otra de las características que plantea Alonso (2016:22) en su definición de recuperación, es que “*tiene en cuenta los determinantes sociales del sufrimiento psíquico, y soluciones que pasen por intervenir también sobre estos*”. Pero creo que esta afirmación también debe ser matizada. Por ejemplo, Pilar, como acabamos de ver, asume el diagnóstico e incluso lo vive como un alivio y como algo que es causa directa de que “*en el cerebro hay algo que no funciona bien, no funciona normal, debe ser alguna sustancia*”. Sin embargo, ella y su entorno, y sin hacerlo de una forma consciente, han puesto en marcha tácticas y estrategias que responden a la idea de aminorar el efecto de factores sociales y culturales que facilitaron el surgimiento de las diferentes depresiones de Pilar. De hecho, ella está desempleada y tampoco busca empleo actualmente porque ya ha experimentado varias veces que la sobrecarga laboral y el estrés que esto le causa, junto a que nunca ha desatendido las tareas domésticas, facilita la aparición de la fenomenología depresiva, cuestión que ella siempre achaca a su “*mala*” constitución biológica o cerebral. Esto además contrasta con que ella señala la muerte de su marido en un accidente de tráfico como un hito central en el surgimiento de su enfermedad, y lo hace refiriéndose al dolor que causa la pérdida de una persona tan querida y cercana, pero también a la situación de desamparado y soledad que supone ser viuda en un entorno como el suyo dónde la sociabilidad en el tiempo de ocio y la convivencia doméstica se organizan mayormente alrededor de la pareja.

Para Pilar la medicación es un tratamiento imprescindible, o al menos eso refleja cuando dice: *“Ahora tomo muy poco... entonces la última vez le dije [a la psiquiatra] -quitamos la pastilla o... casi mejor que ni tocar, que como estoy bien-”*. Y sin embargo, varias veces insiste en que lo que realmente le hace *“tirar para adelante”* es saber que aún tiene dos hijos de lo que cuidar:

También estuve ingresada mucho más tiempo y me ha costado más salir de ello, pero... y creo que básicamente lo que me ha ayudado son mis hijos. El saber que tengo que estar ahí por ellos [silencio] ¿sabes? No... no eres solamente tú, sino que están ahí tus hijos y tienes que, tienes que seguir... y seguir en condiciones. (Pilar, Bizkaia, 48)

Es decir, aunque la narrativa explícita²⁹⁸ de enfermedad de Pilar -como de otras persona- no está basada en etiologías de tipo social, sí que muchas de las estrategias y tácticas que pone en marcha para recuperarse están orientadas a este ámbito. Y por tanto, aunque tanto Pilar como su entorno estén sosteniendo un tipo de narrativas de origen biológico y cerebral, puesto que son los discursos hegemónicos en sus contextos (Martínez-Hernández, 2014:4348), es interesante señalar que las prácticas que ponen en marcha no siempre son coherentes o acordes con las mismas.

Finalmente, y recogiendo tanto las aportaciones del modelo de la recuperación, como las críticas y revisiones que aquí he planteado, podríamos definir la recuperación de la depresión como un proceso, dinámico y único para cada situación, con el que se dotará de sentido a las experiencias propias y ajenas y que, aunque está protagonizado por una persona en concreto, no es individual porque somos siempre en relación con nuestro entorno. La recuperación, por tanto, son cambios *“de actitudes, metas, habilidades y roles”* (Anthony, 1993:13) de la persona y su entorno, con el objetivo de encontrar nuevas herramientas y estrategias frente a una situación de malestar que podría repetirse. Y además, escoger estas tácticas o estrategias para activar soluciones siempre está en concordancia con la existencia de factores socioculturales que facilitan la aparición de ese sufrimiento, aunque no siempre exista una conciencia plena de por qué se realizan²⁹⁹.

Sin embargo, hay que advertir que una definición de recuperación no debe entenderse como algo rígido, porque podría convertirse en una forma más de control o de coacción sobre las personas que sufren una depresión, tal y como señala Alonso (2016:19) o el colectivo *Recovery in the bin*³⁰⁰. Debemos alejarnos de aproximaciones que intentan medirla, evaluarla, o que la sitúan en el centro de la narrativa de la enfermedad como

²⁹⁸ Entiendo por explícita lo que ellas responden cuando pregunto los motivos o causas que propiciaron la depresión.

²⁹⁹ Sobre la intencionalidad de las prácticas corporales puestas en marcha para la recuperación de las depresiones, se hablará con más detalle en el siguiente capítulo.

³⁰⁰ <https://recoveryinthebin.org/> [Consulta: 05/04/2018]

objetivo último a cumplir. Pese a que, a priori, realizar una investigación sobre los procesos de recuperación podría verse como una forma más de premiar o ensalzar las historias de recuperaciones “exitosas”, quiero dejar constancia de que en ningún caso es la intención, más bien, me gustaría evidenciar cuanto de diversa es esta palabra o idea de la recuperación, y mostrarla a través de la etnografía como algo inconsistente, múltiple y en constante revisión por las propias personas que las experimentan y el entorno de las mismas.

6. 2. El bienestar como elemento clave en la recuperación

Comencé a interesarme por el término de bienestar tras los primeros análisis de la información etnográfica, porque la mayoría de personas describen su recuperación como un “*estar mejor*” o “*estar bien*”, y sostienen la idea de que tras las depresiones se alcanza o se genera un bienestar³⁰¹.

Tal y como Braslow (2013) señala, el concepto de bienestar está muy relacionado con la aparición del modelo de recuperación. Este término aparece asociado con el ámbito de la salud a mediados de los años setenta del pasado siglo:

Milton Terris afinaría una versión más subjetivista y próxima a la dominante en el ambiente holístico, según la cual «la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad» (Terris, 1975: 1038). Como se puede apreciar, esta redefinición elimina la palabra «completo» e introduce específicamente el principio subjetivo del well-being, «sentirse bien», dejando paso a una noción de salud en la que se admiten grados y se separa la funcionalidad física objetiva de su percepción o vivencia subjetiva, aceptando que la enfermedad y el bienestar pueden coexistir. (Cornejo y Blázquez, 2013:19)

Una nueva forma de entender los procesos de salud-enfermedad-atención que pretende aplicar el llamado enfoque biopsicosocial, y que se caracteriza por intentar incluir en el enfoque biomédico aspectos relacionados con la psicología y el entorno social de la persona usuaria de los servicios de salud (ibídem).

³⁰¹ El uso que hago del término de bienestar no es el mismo que hoy en día se entiende de forma mayoritaria, y que surgió con la aparición de “Sociedades o Estados del bienestar”; definiciones que aparecen a principio del s. XX en EE.UU. y Europa para hablar de nuevas formas de gobierno caracterizadas por una atención mayor en los procesos de salud-enfermedad-atención de las/os ciudadanas/os. Pero, sobre todo, funcionan como formas estatales que comienzan a cubrir las necesidades básicas -en forma de servicios públicos- de la clase trabajadora de una nueva era del capitalismo marcada por la industria, la aparición de los salarios en masa, y las migraciones del campo a la ciudad, donde las personas enfermas comenzaron a importar porque dejaban de ser sujetos (re)productivos para el capital. Al contrario, creo que es importante resignificar el término y volver a emplearlo con un sentido literal, es decir, como un estado (forma de estar) personal y colectivo que supone beneficios y provechos para lo común, liberándolo así de un uso perverso por parte del poder gubernamental y económico, que articulan sus formas de control social con el discurso biomédico y diferentes metáforas sobre la salud y la enfermedad. Reapropiarnos de la palabra bienestar me parece imprescindible en la batalla que algunas libramos por generar nuevas epistemologías sobre los procesos de salud-enfermedad-atención.

Así, la aparición del bienestar como experiencia subjetiva, y como nuevo indicador de la recuperación, podría entenderse como un logro, en cuanto a que las vivencias en primera persona cobran valor en los servicios de atención en salud, rompiendo con las viejas formas médicas donde sólo se tenía en cuenta la opinión de las y los profesionales. Sin embargo, se vuelve a correr el riesgo de individualizar cualquier proceso de salud-enfermedad-atención si, como Cornejo y Blázquez (2013:25) advierten, es la persona la única autoridad para validar un tipo de conocimiento que es adquirido a partir de una experiencia “no compartida”. Por tanto, tal y como ocurría con la noción de recuperación, habría que emplear el término bienestar, incluyendo siempre de forma radical el contexto de la persona en esa experiencia de “sentirse bien”, y ofrecer así una lectura relacional de la misma.

Por otra parte, recuperarse no significa recobrar el bienestar de la misma forma en que se experimentaba antes de la depresión; y esto es así porque el bienestar es una experiencia cuyo significado es subjetivo y a la vez dinámico, y siempre en relación con las experiencias anteriores de cada persona. Es decir, que no todas llamamos bienestar a la misma cosa, ni por las mismas situaciones vividas, ni en los mismos contextos, pero es que una misma persona tampoco tendrá una definición fija y única de lo que ella experimenta por bienestar. O simplemente, porque no todas las personas antes de comenzar con su periodo de depresión estaban gozando de ningún bienestar ya que sus vidas eran *precarias o invivibles*³⁰² (Butler, 2006:201).

En un encuentro con Andrea³⁰³, le pregunto qué piensa como experto de lo que es el bienestar, y comenta:

Toda recuperación es subjetiva, y relativa para cada persona, igual que el bienestar. Mientras la salud está relacionada con no tener síntomas, tanto el concepto de recuperación como de bienestar han ido cambiando de significado a lo largo de la historia, y según el modelo médico que se aplique (para algunas teorías psicosociales tienen que ver con la funcionalidad, para las biomédicas con no tener síntomas, etc.). Y para cada persona, es ella misma quién lo decide: igual tienen síntomas y está bien para ella misma, o al revés, igual ya no los tiene, pero para ella misma aún no ha recuperado su bienestar. (Diario de campo, 08/09/2017)

Esta idea de Andrea ayuda a ver con cierta complejidad la relación que parece haber entre la fenomenología depresiva y el bienestar como reducción o disminución de la misma. Por

³⁰² Butler (2010:46) describe la vida precaria como “esa condición políticamente inducida en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo sociales y económicas y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte”. En cuanto a *invivibles*, esta misma autora quiso señalar las “consecuencias políticas de aquellas concepciones normativas de lo humano que a través de un proceso de exclusión producen una multitud de «vidas invivibles» cuyo estatus político y legal se encuentra suspendido” (Butler, 2006:17).

³⁰³ Barcelona, 40.

una parte, no parecen adecuadas las miradas deterministas de la biomedicina en las que bienestar significa una mera ausencia de fenomenología, y que definen la recuperación como la no presencia de síntomas, cuestión nada conveniente, tal y como advierte Alonso (2016). Pero tampoco habría que obviar que muchas de las personas de esta investigación establecen una relación directa entre las situaciones donde la fenomenología disminuye o desaparece y su sensación de bienestar. Así, como mínimo, una cosa que se puede afirmar con seguridad es que el bienestar siempre está en relación con el malestar que cada persona vivió o que sigue viviendo, aunque luego la forma de esta relación varíe con el tiempo y entre las personas. Por ejemplo, Carla muchas veces duda entre si su proceso de cambio personal se debe a la recuperación de una depresión o a una transformación por el simple pasar de los años:

Potser... potser perquè no ho vaig... si no hagués passat per la depressió potser no hagués necessitat estar bé... si estava bé... si tu estàs bé... Jo ho veig en processos diferents. Si tu estàs bé... faràs coses que t'agradin, però no et buscaràs coses per posar-te... per sentir-te bé, ¿no? [pausa] Si tu estàs bé no buscaràs coses per sentir-te... bé, perquè ja estàs bé. Faràs ioga perquè t'agrada, o faràs... però no per sentir-te bé... Bueno, per sentir-te bé sí, però no per estar... per no estar malalt... No ho sé. Potser no ¿eh?, però... jo... jo sí.³⁰⁴ (Carla, Girona, 43)

Por su parte, Helena, que ha pasado por varias depresiones, y las últimas muy ligadas al padecimiento de varios cánceres, comenta: "Porque eso habrá que arreglarlo si es malo, y si es bueno pues a reírse de la absurdidad del... a relativizar... a decir que ¡estás viva!"

Helena nos habla de que para ella el bienestar es estar viva, pero porque en su historia el cáncer cruza toda la narración (ha luchado ya contra varios cánceres de piel, y en el momento de la primera entrevista se estaba enfrentando a uno de pulmón), y el cáncer es enfrentarse a la muerte. Así, para ella el bienestar es simplemente seguir viva, haber sobrevivido, y no le importa si mientras tanto se mantiene algún otro tipo de fenomenología depresiva. En contraste, Carla señala la búsqueda de actividades o situaciones que provocan satisfacción, como forma de contrarrestar su estado de malestar. Como ella dice, si el malestar no existiera, no se buscaría el bienestar. Por tanto, podemos decir que intentar alcanzar el bienestar es por un malestar ocurrido, o también que el malestar obliga o empuja a la persecución del bienestar. Y esta tensión entre bienestar-malestar aparece constantemente durante el trabajo de campo, pero de formas diversas, como veremos en los siguientes apartados de este capítulo.

³⁰⁴ *Puede ser... puede ser porque no lo hubiera... si no hubiera pasado por una depresión puede ser que no hubiese necesitado estar bien... si estaba bien... si tú está bien... Yo lo veo en procesos diferentes. Sí tú estás bien... harás cosas que te gusten, pero no buscarás cosas para ponerte... para sentirte bien, ¿no? [pausa] Sí tú estás bien no buscarás cosas para sentirte... bien, porque ya estás bien. Harás cosas porque te gustan, o harás... pero no para sentirte bien... bueno, para sentirte bien sí, pero no por estar... por estar enferma. No lo sé. Puede ser que no, ¿eh?, pero yo... yo sí.*

Sin embargo, es paradójico el comentario que hace Itziar, cuando le pregunto cómo fue el momento en que supo que estaba recuperada:

Aunque lo pasas mal, yo me sentía segura en es... como en ese papel, en ese rol, ¿no?, entonces atravesar ese... esa zona de seguridad, y decir, ¡guau! Estoy super bien... era como [ríe] -¡qué miedo!-. Daba miedo, de repente sentirme bien, y -¿Qué tal?-, -Bien- -¿Sí?- O sea, era... me sentía rara. Es super curioso, pero al final tú te creas tu propio [ríe] tu propio caparazón ahí de ser... o de estar de una forma, y te da miedo cambiar. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Cuando el malestar es constante y cotidiano, surge la incertidumbre hacia lo desconocido y es cuando llega el miedo al bienestar que Itziar comenta, que puede hacernos pensar en dos cuestiones: primero, que los cambios nos asustan porque nos alejan de las zonas de confort, entendiendo la comodidad como estar en lugares reconocibles y que han sido funcionales hasta el momento; y segundo, que el malestar a veces actúa como barrera o fortaleza frente a un entorno que es hostil.

Respecto a esto último, tanto otras personas como la misma Itziar, contradicen esta idea de malestar como fortaleza, y durante el trabajo de campo lo presentan como debilidad, suciedad o contaminación, mientras el bienestar es nombrado como poderío o potencia, fortaleza, y purificación³⁰⁵.

Itziar (Gipuzkoa, 31): La natación fue, yo creo una cosa que me ayudó, o sea, eso de meter la cabeza en el agua, me ayuda mogollón. Y por eso lo de ir a la playa no era estar en la arena, yo soy de... del agua, o sea creo que salgo como purificada. Yo no sé... me ayuda a respirar, a aprender a respirar otra vez, la natación. También sentirme segura en el agua, porque yo sabía nadar, pero no... no avanzaba.

Otro ejemplo es el de Ainhoa³⁰⁶ cuando relata las sensaciones que tenía tras un período en el que había estado durante semanas sin poder salir de su habitación, y dice: “Y cuando estoy mejor veo que no estoy en esa situación y veo que puedo afrontar las cosas de otra manera, y me veo, me siento más fuerte”. También Helena³⁰⁷, hablando sobre las aportaciones que tuvo en su proceso de recuperación la asistencia a un centro de día ofrecido por la Generalitat, y al que estuvo acudiendo durante casi un año, y sobre lo que comenta: “Pues ¿cómo salí? Así, con pequeños trabajos, pero primero la rutina [...] Así fue, yo creo que así fui, hasta que me sentí, bueno ya estás en forma”. O Iban³⁰⁸, que durante la entrevista habla de cómo tuvo que esconder su depresión a nivel social por el hecho de ser hombre: “Pero no sé, yo creo que tiene que ver con la debilidad y tal, en la depresión eres

³⁰⁵ Estos términos responden a la terminología emic empleada por las personas entrevistadas.

³⁰⁶ Araba/Álava, 33.

³⁰⁷ Barcelona, 55.

³⁰⁸ Gipuzkoa, 48.

frágil, no sé no me viene así otra diferencia, pero esto sí”.

Esta relación entre la debilidad que supone un malestar prolongado y la fortaleza de un bienestar posterior, la explica muy bien Iryna, que lleva casi quince años padeciendo un sufrimiento prolongado, y cinco en el proceso de recuperación de su depresión:

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. (Iryna, Barcelona, 31)

Una vez más, vemos cómo el bienestar está directamente relacionado con el malestar: ahora en el sentido de que la fortaleza surge de una debilidad primera, que al combatirla o contrarrestarla va generando potencia y empoderamiento en la idea de recuperación. Y por tanto, estar en un estado de fragilidad, no siempre tiene porque ser algo negativo. Todas somos vulnerables³⁰⁹, y reconocerse en eso, aprender a vivir desde esa condición de la que no es posible escapar, puede ser precisamente la fortaleza de la que habla Iryna.

Y este proceso de fortaleza, purificación o poderío en una condición de vulnerabilidad inevitable, no es algo que aparezca de forma súbita, sino todo lo contrario, y esto es otra cuestión que es compartida en el relato de las personas participantes en la investigación, cuando les pregunto en qué momento se sintieron recuperadas. Por ejemplo Iban³¹⁰ comenta que “no es un día y al siguiente ya está, no es -¡joder, estas bien hoy!-¡No! No es así, es poco a poco”. O María, que señala la asistencia a una consulta psicológica privada como la estrategia principal para su recuperación, y por tanto, el abandono de la terapia como la señal que marcó la consecución de la misma:

Fue progresivo, porque duró bastante en el tiempo, yo estuve, la primera vez creo que estuve dos años y pico buenos yendo a la psicóloga. Pero hasta que no pasó el primer año, me imagino que... ¿Sabes que me doy cuenta? Que tenía que avanzar y no avanzaba, me imagino que fue ésta mi respuesta, ¿no?, psicológicamente. (María, Girona, 43)

Estos testimonios reafirman la idea de que el bienestar se puede vivir en unos ámbitos de la vida y en otros no, es decir, no es algo que sea compacto y que se experimente sólo en su totalidad. Sentimos bienestar a ratos, y a veces con más y otras con menos intensidad. Es además un bienestar que puede aparecer y desaparecer en una misma situación

³⁰⁹ En el sentido que Butler (2006) le otorga de *vulnus* como herida, y por tanto como materialidad interdependiente, finita y sensible al dolor y padecimiento. Esta cuestión se retomará con más detalle en el último capítulo.

³¹⁰ Gipuzkoa, 48.

porque es dinámico y móvil. De igual manera que no hay un significado único de bienestar entre las personas o incluso para una misma en diferentes momentos, tampoco hay una vivencia del bienestar que sea ideal o modelo: sentirse o estar bien es siempre una experiencia subjetiva en relación con un entorno concreto y único.

6. 3. Tipos de significados y experiencias de la recuperación y el bienestar

Cuando comencé con los análisis, me pareció interesante, a la vez que fundamental para poder entender los procesos de recuperación en depresiones, indagar en qué significaba para cada persona, eso de alcanzar el bienestar y sentirse recuperada. Así, a partir de los datos etnográficos han ido apareciendo varias líneas o ejes de significado y experiencia, que son comunes en la mayoría de los relatos de las personas entrevistadas, y que nos ayudarán a entender algo más a qué nos referimos con bienestar, y con la idea de recuperación como proceso de cambio. En lo que sigue, presentaré una clasificación de estas representaciones individuales y colectivas porque, pese a que en la realidad no está tan compartimentada, creo que así facilitaré una mirada más analítica y sencilla para la lectora.

6. 3. 1. Nuevos ritmos: importancia de la tranquilidad y la contemplación

Una primera cuestión que comparten casi todas las personas entrevistadas es referirse al bienestar como “tranquilidad” o “relajación”, tanto de pensamiento como física o emocional, como veremos más adelante. Josep³¹¹ repitió varias veces durante la primera entrevista: *“Sóc un home diferent... diferent... sí. Un pic em vaig recuperar de la depressió vaig ser un home més pausat, més tranquil”*³¹².

Empleo los términos de relajación y tranquilidad de forma polisémica, puesto que, aunque las personas que han participado en esta investigación lo usan mayoritariamente en contraposición a otros como “nerviosismo” o “inquietud”, muchas veces aparecen indicando cuestiones, si no muy diferentes, al menos diversas en matices. Estaré atenta a esta distinción para recurrir a la palabra que más se adecue al significado que ellas querían transmitir, con todas las dificultades y desventajas que conlleva la interpretación en el quehacer antropológico.

Dejando a un lado la cuestión terminológica, algunas ideas que se desprende del análisis etnográfico son las siguientes: primero, que la tranquilidad o el “*estar relajada*” se refiere a las propias sensaciones o pensamientos internos, pero puede ser tanto en situaciones donde se está sola, como a momentos de relación con las demás. Ainhoa comenta los

³¹¹ Lleida, 64.

³¹² *Soy un hombre diferente... diferente... sí. Una vez que me recuperé de la depresión comencé a ser un hombre más pausado, más tranquilo.*

siguiente sobre su experiencia en un viaje que realizó con unas amigas:

No es que me veía que no estaba siendo del todo yo, que no estaba relajada. Y este año sí que he estado... Y de hecho una de mis amigas me hizo un comentario que al final yo creo que quería decir un poco eso, me dijo -jo, tú eres muy abierta Ainhoa, pero estás siendo mucho más abierta de lo que... sí, estás siendo muy abierta-, y yo -sí, no sé, estoy tranquila-. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

Y sin embargo, cuando más adelante habla sobre una relación sexo-afectiva que mantuvo con una persona que no era su pareja principal de entonces, señala:

Me supuso cosas positivas para mi sexualidad, para mi relación incluso, porque luego estaba más tranquila, aparte de que me quitaran lo bailao [risas] estaba más tranquila conmigo misma. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

Por su parte, Amets³¹³ comenta que “*un poco la superación de la ansiedad es el aprender a estar solo.*”

Estas citas llevan implícitas el significado de tranquilidad como un estado de sosiego o de paz, es decir, como un estar calmadas y serenas, frente a momentos de alarma o perturbación. Pero también la idea de aprender a vivir en soledad; situaciones sin compañía, y que permiten concentrarse y permanecer con menos estimulación, y por tanto, menos demandadas por un entorno que nos afecta. Cuestión que es paradójica en las depresiones, donde una parte de su fenomenología es un sentimiento de soledad, aún en compañía de otras personas, pero que está marcado por la angustia y el desasosiego. Sin embargo, Amets nos habla de una soledad que puede llegar a ser placentera.

También estos fragmentos de relatos reflejan una comparación de lo que supone bienestar con malestar. Esto es algo que hacen la mayoría de las personas entrevistadas, tal y como comenté en el apartado anterior. Así, como la depresión está marcada, entre otros tipos de signos, por un nerviosismo interior, y que tantas veces impide dormir o realizar tareas y acciones con atención sostenida, la superación de este período de malestar, entre otras cosas, supone alcanzar cierto grado de serenidad y reposo con una misma y con las otras.

Otra de las ideas en torno a este tema de la tranquilidad o la relajación, tiene que ver con lo que comenta Itziar:

Claro, no estaba super feliz. O sea, tenía pensamientos, no dormía igual... O sea, tenía todavía... se me acel... se me aceleraba mucho la mente, pero, como que ya estaba más controlada. No controlada en el sentido de «quiero controlarlo», sino que me tranquilicé, -vale esto está aquí, pero bueno, lo voy a ir trabajando, no tengo

³¹³ Gipuzkoa, 27.

prisa-. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Y luego más adelante sigue diciendo: “*Yo creo que fue de relajarse, o sea, tomarme las cosas tranquila, más tranquila.*”

Es interesante señalar aquí, que el significado que Itziar le da al término tranquilidad es el de despreocupación o desapego, y que es algo distinto al término de serenidad o calma, que señalaba hace un momento. La segunda de las cuestiones que podemos extraer de estas citas, es la idea de que ir más despacio es una forma de romper o de contrarrestar la agitación interior que experimentan las personas durante la depresión, siguiendo así un principio de homeostasis: para contrarrestar algo se estimula lo contrario.

En la información recogida aparecen pasajes y comentarios en los que la persona indica que hubo cambios en su forma de ejecutar o de emprender las acciones, y que se refieren a rebajar el ritmo de actividad en general, ir poco a poco mientras se realiza alguna tarea, o simplemente no hacer nada, como también relata Carlos, cuando habla de una temporada en la que se encontraba mucho mejor:

Carlos: Así estuve durante igual tres meses eh, sin hacer nada nada nada, o sea, el... el eso, no se puede hacer nada... se puede no hacer nada, no, emm... llegaba la primavera y ya en El Correo³¹⁴, los periódicos, no, pues ya... poner planes, la playa no-sé-qué, yo me quedé un sábado con las persianas cerradas, no, o sea, hacer nada, nada, nada. Eso mola [risas].

Antropóloga: ¿Pero nada? ¿Leyendo, escuchando música o nada-nada?

Carlos: En días de nada, o haciendo una cosa al día, pues igual quedo con no-sé-qué a la tarde, pero no hago nada más en el día, o me voy... me leo no-sé-qué o me veo no-sé-qué película, pero nada más, una cosa. (Carlos, Bizkaia, 43)

Carlos abre aquí la puerta al tema de lo contemplativo, “el no hacer nada”. Han (2012:35) describe el no hacer nada como una forma de contrarrestar la hiperatención y la multitarea³¹⁵ a la que nos vemos sometidas; un “*aburrimiento profundo*” que el autor califica como imprescindible para el proceso creativo. Walter Benjamin (1989)³¹⁶ ya había señalado con anterioridad que sin relajación perdemos las posibilidades de escucha, repercutiendo en las interrelaciones con las otras y facilitando el individualismo aislado. A este respecto Han (2012:38) escribe: “*Durante el estado contemplativo se salen en cierto modo de sí mismo [el sujeto] y se sumerge en las cosas [...] sin este recogimiento contemplativo la mirada vaga inquieta y no lleva nada da expresión.*”

³¹⁴ Nombre de un periódico.

³¹⁵ Traducción del término inglés *multitasking*, que se refiere a la ejecución de tareas muy diferentes, pero de forma rápida y eficaz.

³¹⁶ Citado en Han (2012:36).

Con estas ideas, este autor sugiere una relación directa entre la experiencia sensible y la contemplación -sobrevvenida por no hacer nada-. Una experiencia sensible que, como veremos más adelante, nos permite relacionarnos con el mundo desde lo puramente material y favorece así romper con existencias disociadas de lo corporal (algo propio de la fenomenología depresiva).

Sin embargo, otras personas relatan justo lo contrario, es decir, que muchas veces hacen y hacen cosas en un intento de agotar esa inquietud interior que influye en su relación con el mundo y las otras personas. Veamos el ejemplo de Andrea:

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. (Andrea, Barcelona, 40)

Este fragmento inevitablemente lleva a reflexionar sobre las consecuencias de las lógicas sobre el tiempo que promueven o permiten el desarrollo de un sistema económico capitalista; un tiempo que es lineal, estrictamente medido, y regulado en pos de los intereses de la acumulación de capital (Thompson, 2000). El mismo sistema económico que es responsable, o al menos que favorece, gran parte del sufrimiento de las personas, tal y como se vio en el capítulo sobre etiologías. Una cuestión que podría estar condicionada por la exigencia de ritmos y horarios de actividad laboral y también de ocio, que surgieron para beneficio de la propiedad privada y no tanto para el interés común, y que se convierten así en imposiciones culturales incorporadas. Como señala Berardi (2014)³¹⁷,

El tiempo vivido por los trabajadores precarios se fragmenta -o, mejor dicho, se fractaliza al tener que adaptarse constantemente a los requerimientos de la producción. Pero tengamos en cuenta que el cuerpo vivo tiene sus pulsiones, su sensibilidad, su tiempo y sus deseos. La abstracción financiera superpone un tiempo espasmódico, en constante aceleración, a la sensibilidad del cuerpo individual y colectivo.

La postura de Carlos y la decisión de no hacer nada sería una forma de resistencia a esta disposición cultural del tiempo, lo que también se ve en Itziar cuando comenta que ahora quiere ir a otro ritmo, y es donde ellas encuentran sus propios significados de bienestar, creando así *nuevas zonas temporales*, utilizando el concepto que Alexandra-Odette Kypriotaki emplea para nombrar una de las consecuencias del fenómeno, casi

³¹⁷ http://www.eldiario.es/interferencias/bifo-sublevacion-afectos_6_319578060.html [Consulta: 12/03/2018]

internacional, de tomar las plazas, y que surgió después de las crisis económicas del 2008. Esta autora describía así la *nueva zona temporal* en el caso de Grecia³¹⁸:

Los indignados griegos vivían en la plaza Syntagma: cocinaban, escribían, rezaban, pensaban, se enamoraban y jugaban. Habían abandonado sus trabajos productivos y sus luchas diarias. Comenzaron a recuperar su tiempo y a sumergirse en su organismo. Su holgazanería y su vaguería se veía 'interrumpida' por pequeñas tareas que llenaban cada día y las necesidades naturales. Comenzó a nacer una pasividad orgánica, activa, que necesita afectividad y atención para crecer. Los cuerpos humanos que siguen en la plaza -que no podían hacer nada más que hacer nada- tienen que intentar aprender otra vez cómo ser vagos y perdurar.

Y por otra parte, la postura sostenida por Andrea con “no disfruto de perder el tiempo”, está regida por la lógica hegemónica y productivista del tiempo, y para él bienestar significa hacer “cosas útiles”. De hecho, más adelante él mismo comenta sobre el tiempo de ocio:

¿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. (Andrea, Barcelona, 40)

Andrea está señalando que existen otras representaciones del bienestar más ligadas a las ideologías hegemónicas de tipo capitalistas y las de género, donde los varones blancos heterosexuales de clase media que deseen alcanzar el éxito y la felicidad deben escalar en lo profesional, olvidándose o minorizando el resto de la vida reproductiva -incluyendo su tiempo de ocio-. Como comenta en alguno de nuestros encuentros, Andrea sufre también con esta cuestión cuando lo racionaliza, es decir, él sabe que no poder disfrutar de su tiempo libre es algo que, algunas veces, en un ejercicio de reflexividad sobre su propio proceso, le causa un cansancio excesivo o una falta de sociabilidad, y lo vive como una imposición social incorporada de la que no puede escapar, pero de la que le gustaría librarse. Otras veces habla del ocio como de un dictamen más de ese mismo sistema capitalista en el que vivimos, y señala que es algo también muy medido y normativizado (gimnasios, viajes programados, actividades culturales, etc.). Algo que también Amets apunta como propio de la disciplina que exigen las academias que preparan para las pruebas de acceso al MIR, y que tanto malestar le generaba:

³¹⁸ <http://blogs.publico.es/fueradelugar/1625/%C2%BFy-si-no-hiciesemos-nada> [Consulta: 13/03/2018]

Era un esfuerzo cuando hacía algo de ocio intentar disfrutar. Ya no disfrutas, era - intenta disfrutar, es tu momento de ocio-. Era todo tan cuadrulado hasta -a las 19h empieza el ocio y a las 21:30h acaba para cenar y dormir y volver a empezar al día siguiente-. Era ya un esfuerzo, hasta el ocio estaba cuadrulado. (Amets, Gipuzkoa, 27)

Sobre esta cuestión, Ehrenreich (2008) realiza una genealogía de cómo se ha ido configurando el actual panorama cultural en relación a festejos y celebraciones, primero en Europa y posteriormente en los países de las colonias europeas. Esta autora (ibídem) muestra cómo hasta las sociedades prerrománicas existían multitud de rituales comunitarios de baile y éxtasis colectivos, que permitían una comunión con las otras y con el mundo (en un sentido trascendental y religioso profano), y que muchas veces eran espontáneos además de numerosos. Pero con el paso de la historia, la instauración del catolicismo y la aparición de la propiedad privada y la sociedad y explotación de clases, estos rituales fueron sustituidos por otros, regulados en tiempo y forma, por una parte para asegurar una cantidad de horas de trabajo -de la/os asalariadas/os-, y por otra parte, para que toda forma de comunión con lo divino y las otras personas estuvieran bajo control eclesiástico. La autora pone los ejemplos de la música rock y del fútbol como las nuevas formas modernas de estas festividades permitidas. Así, su propuesta sirve para demostrar una vez más la idea del tiempo de ocio como algo también impuesto, o al menos, normativizado en cuanto a su contenido y franjas horarias.

A este respecto, el equipo coordinado por Esteban (Esteban et al., 2016), en una investigación sobre los cambios en las relaciones de género entre jóvenes del País Vasco, subrayan varias ideas en cuanto a la cuestión del ocio en nuestra sociedad. La primera, que hay una tendencia creciente, tanto en personas adultas como en jóvenes, a la estructuración del tiempo libre mediante una programación anticipada y basada en horarios estrictos. La segunda tiene que ver con la saturación de actividades en nuestras agendas de ocio, porque existe la creencia de que, sino, se pierde la posibilidad de disfrutar de este tiempo. Y la tercera es que, de estas actividades que realizamos, la mayoría suponen esfuerzo y un empleo de energía considerable (deporte, formaciones, etc.), y suelen estar ubicadas en espacios privados (domicilio particular, locales de asociaciones, etc.).

Así, y en cuanto al tema que aquí nos interesa sobre los significados de bienestar y recuperación, podríamos decir que las personas tienen vivencias y nociones del tiempo diferentes, y que éstas van marcando el propio ritmo vital. Sin embargo, una organización del tiempo excesivamente estricta es señalada como fuente de malestar en todos los casos. De igual forma, también podemos recoger la idea de tranquilidad y relajación como

sinónimo de bienestar, o de la capacidad de contemplación como conexión con lo sensible, algo también indicado como recuperación como veremos en el siguiente apartado.

6. 3. 2. “Recargar las pilas” y “estar en armonía”

Un segundo grupo de significados sobre el bienestar y la recuperación está en relación con la energía y la vitalidad, pero este mismo bloque tiene dos acepciones que merece la pena señalar. La primera de ellas tiene que ver con que nuestros cuerpos tengan el vigor suficiente como para poder activarse desde un punto de vista mecánico, es decir, volver a tener la fuerza física necesaria para poder desempeñar ciertas actividades. Y la segunda se refiere a una energía entendida como de tipo espiritual, que Cornejo y Blázquez (2013:17) definen como una “*fuerza sobrenatural de carácter impersonal que a menudo se expresa como «energía» (o alguna de sus variantes qi, reiki, diksha, shambala...) y que en determinados contextos se refiere como Universo, Naturaleza, Luz, Unidad y otras fuerzas impersonales*”

En relación a la primera, y una vez más, este significado del bienestar se corresponde con parte de la fenomenología depresiva, puesto que el cansancio o agotamiento físico es algo característico de muchas de las experiencias de depresión. Y, por tanto, para estas mismas personas, el bienestar o la recuperación llegan cuando comienzan a sentirse descansadas, y con la vitalidad necesaria para activar su dinamismo. A este respecto, Joana comenta:

Yo tengo sueño todo el día, estoy todo el día medio tirada; entonces, las únicas veces en que yo me siento un poco más despierta es cuando me pongo a funcionar un poco, bien. Entonces claro, de sentirme adormilada 24 horas al día, bueno... a que haya momentos donde realmente me siento vital. -Vamos a dar un paseo, me duermo, vamos a no sé qué, me duermo, me duermo-. Y encontrar momentos en los que ¡ah, estoy super viva! [risas] Por lo menos el movimiento, el deporte como... el movimiento, ¡joder me ayuda!, es como un estímulo. Por lo menos a estar despierta. Eso me pasa a día de hoy. O sea, me levanto y estoy como así, y hasta que no me pongo a pegar cuatro saltos, es como que no me despierto. (Joana, Bizkaia, 31)

Varios son las/os autoras/es que califican a nuestra actual sociedad como la sociedad del cansancio, de la fatiga, o del agotamiento. Así Martí Peran (2016:49-50) señala:

La fatiga ocasionada por el programa «Do it» es tan evidente que ha podido ser reconocida bajo distintos enunciados: vida dañada (S. López Petit), agotamiento (P. Pàl Pelbart), sociedad del cansancio (B. Chul Han), corrosión del carácter (R. Sennett), fábrica de la infelicidad (F. Berardi), sociedad depresiva (A. Ehrenberg)... A pesar de esto, el cansancio no disfruta de ninguna condición de derecho. La fatiga no es tolerada porque no es admisible romperse, detenerse y renunciar a toda

necesidad, objetivo o significado cuando se te brindan todas las oportunidades para hacerte a ti mismo.

Han (2012:35), por su parte, relaciona este cansancio crónico y generalizado con el exceso de positividad -hablando incluso de “*violencia de la positividad*”-, la ideología del emprendimiento frente a la antigua obediencia, y la consigna del rendimiento constante, donde todo se puede, y se debe para poder realizarse una misma. Algo que está también relacionado con las formas del tiempo excesivamente estructuradas e impuestas, que comentaba en el apartado anterior.

Este mismo autor asegura que “*tanto la depresión como el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) o el SDO (Síndrome de Desgaste Ocupacional) indican un exceso de positividad*” (ibídem:23), o como veíamos en la cita anterior de Peran (2016:49-50), Ehreberg (2000) habla incluso de una *sociedad depresiva*. Con esto quiero señalar, que la idea de la depresión como consecuencia o como expresión de la fatiga, el cansancio o el agotamiento por las nuevas formas de organización del trabajo y de lo social, ha sido ya estudiada. Así, no parece raro entender por qué para las personas entrevistadas el tener energía o dejar de estar cansadas supone recuperarse de la depresión y lo asocian a bienestar.

La segunda acepción de significados sobre la recuperación y el bienestar, y que está en relación con esta idea de la energía, debemos enmarcarla en el ámbito de la espiritualidad. Por ejemplo, Iban, hablando sobre su experiencia durante la depresión, comenta:

La depresión es una cosa salvaje que tú haces crack, como que te rompieras por dentro [gestos de algo que se rompe cerca del pecho] y no tienes lo que se necesita para vivir. O sea, un ánimo, un ánimo, un aliento, una fuerza, eso se te va pero tienes que seguir viviendo y es muy duro por eso. (Iban, Gipuzkoa, 48)

Por su parte, Anna en cuanto al cambio de alimentación que realizó como parte de sus estrategias para activar la recuperación, comenta:

No lo entiendo mucho, pero a nivel de... de... sí, por ejemplo, con los granos... más que comer bien lo que creo que ayuda es no comer mal, porque la mierda que te sirven como comida, todo lo que es el azúcar, todo lo que es eso, yo creo que te quita vida. O sea, que yo creo que estás comiendo basura, basura física y basura energética porque estar alimentándote del sufrimiento de los otros yo creo que eso es la muerte. También trabajo con el mundo de la energía y también es ser un poco coherente con lo que haces y con lo que dices, y creo que sí que ayuda que, al final, la vida da vida. (Anna, Barcelona, 40)

Como comentaba, creo que existe un significado de bienestar y recuperación asociado al ámbito de lo espiritual. Aunque en ninguna de las dos citas presentadas aparezca como tal la palabra espiritualidad, que Iban hable de “*ánima*” o Anna de “*basura energética*” como algo diferente a la “*basura física*”, nos lleva a pensar en este ámbito no material. Además, tanto Anna como Marta, hablaron de su depresión como una “*crisis espiritual*”. Y Marta³¹⁹, por ejemplo, consiguió superarla poniendo en marcha prácticas como el “*contacto con otras vidas*”, regresiones a su ancestralidad, o un proceso de formación en constelaciones familiares.

Tal y como vimos en el capítulo anterior sobre biopolíticas, existe una convergencia entre los conceptos de salud y de espiritualidad, que se puede ver representada en el auge actual del fenómeno *New Age* y de las MACs en el contexto occidental. Cornejo y Blázquez (20013:20) señalan que, al menos en Europa y el mundo anglosajón, la idea de espiritualidad que tenemos “*se desplaza hacia la terapéutica y las cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud y el desarrollo personal*” (ibídem:20).

En este sentido, tanto para Anna como para Iban, tal y como comentan en las citas anteriores, el disponer o renovar su energía espiritual es sinónimo de salud y bienestar, pero también de vitalidad, porque si hay algo común a todas las citas que he incluido en este apartado es que dejan entrever una cierta relación entre el cansancio y la muerte o la no vida. Es decir, es como si las personas entrevistadas creyesen y sintieran que no tener energía física o espiritual (positiva) supone casi lo mismo que no existir; y en cierta manera podemos entender que así sea si pensamos en el sujeto agente como aquel que se configura en relación con su entorno por medio de las acciones. Así, para las personas que participan en esta investigación, el bienestar es estar vivas, física y espiritualmente hablando, y con la adquisición o renovación de energía como medio o proceso que lleva a esa vitalidad.

6. 3. 3. *Afectos y emociones: lo erótico como fuerza vital*

Un tercer grupo de representaciones sobre la recuperación y el bienestar es el que tiene que ver con el ámbito de los afectos. La primera cuestión, que puede además servir de marco general de lo que voy a explicar, es que, para muchas personas, el bienestar se produce cuando se recupera -y entiéndase aquí la recuperación tal y como se definió al principio- la capacidad de sentir, en un sentido más físico (sentir el dolor o molestia de un pellizco o herida en la piel, o de ser sensibles a los olores, los sonidos o los sabores). Y es que muchas de las personas que participan en esta investigación, tal y como se comentó en el capítulo sobre fenomenología, relatan haber experimentando, durante la depresión,

³¹⁹ Girona, 55.

una disminución muy aguda en la percepción de los cinco sentidos, pero también de la propiocepción o incluso de la sensibilidad ante el dolor por una fractura ósea o una herida severa en la piel.

Por tanto, una vez más volvemos a encontrarnos con la idea de que la sensación de bienestar se produce en referencia al malestar vivido. Así, como a veces la depresión conlleva una pérdida de la capacidad de afectar o ser afectada, además de una indefinición emocional, el bienestar para ella llega con la vuelta de las sensaciones y con el ser capaz de reconocer, nombrar, y por tanto, significar aquello que experimenta emocionalmente.

Esteban (2017b), en una ponencia presentada en el *XIV Congreso de la FAAEE-Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*³²⁰, retoma el concepto de “erotismo” aplicado al quehacer en investigación, y lo amplía más allá del significado sexual, para nombrar así esa fuerza vital que a veces nos mueve a ir hacia las otras. Esteban elabora esta idea a partir de la aportación de varias autoras/es. Por un lado, recoge algunas ideas que Susan Sontag (1984) plantea en relación al arte, y que le sirven de contexto para definir la erótica como directamente ligada a la experiencia sensible. Sontag (ibídem:27) señala respecto al trabajo del/la crítico/a de arte: “*Lo que ahora importa es recuperar nuestros sentidos. Debemos aprender a ver más, a oír más, a sentir más*” y esto porque vivimos en una cultura (al menos las europeas y estadounidenses) donde hay un exceso de estimulación que acaba produciendo una cierta ceguera sensorial (ibídem:26).

Y, por otro lado, Esteban (2017b) también recoge las aportaciones de Audre Lorde (2003) en cuanto a que lo erótico es una energía creativa que suponen la afirmación de la fuerza vital, y las de George Bataille (2007), que define el erotismo como una manera de romper con esa discontinuidad, culturalmente construida, entre las personas que se erigen como individuos autónomos y aislados. Así, Esteban (2017b) concluye que el erotismo sería “*una apertura, un ir al encuentro de los/as otros/as*”, y yo añadiría, que también es un encuentro con el mundo.

Así, podríamos decir que los cuerpos depresivos están carentes de erotismo, pero que en el proceso de recuperación van alcanzando esta posibilidad de experimentar lo sensible, y por tanto de poder afectar y ser afectados, en relación a las/os otras/os y el entorno, generando así una fuerza vital que les permitirá volver a sentir y ser sensibles con y para el mundo.

Unido a esta cuestión de la afectación y la emocionalidad -lo que podemos comenzar a llamar la erótica-, está la noción de placer que podríamos definir, siguiendo las ideas de

³²⁰ Esta comunicación fue presentada en el simposium “Teorías y prácticas en torno a la antropología feminista: nuevos retos”, que se celebró en Valencia, 4-7 de septiembre de 2017, dentro del XV Congreso de la actual ASAAE.

Laura Muelas de Ayala (2018), como un proceso corporal y emocional que acontece en la interacción, que tiene una duración limitada en el tiempo pero que se crea y recrea por medio de la memoria corporal, y que genera satisfacción o que se relaciona con algo positivo. Una sensación de satisfacción, añadiría yo, que es producida al cubrir nuestras necesidades o deseos³²¹ de algo. En este sentido, creo que podemos afirmar que la posibilidad de estar afectadas y afectar, y/o el reconocimiento de lo emocional es una necesidad o deseo de las personas entrevistadas, y por tanto el placer sería la sensación de gozo o disfrute que se experimenta tras la satisfacción de esas necesidades, y que, además, puede tomarse como sinónimo de bienestar.

Esta cuestión del placer es importante para entender los procesos de depresión y posterior recuperación, porque la anhedonia (o falta de placer), tal y como se vio en el tercer capítulo, es parte de la fenomenología depresiva relatada por las personas que han participado en la investigación. Iban, por ejemplo, habla de anhedonia como tal, y cuando le pregunto a qué se refería con eso, contesta:

Que nada te da placer. ¿Para qué? que ahora visto no es una tontería. Con ese tema pasa muchas veces que "¿por qué dices eso?" como si fuera algo de aquí [señala la cabeza] es que no es, es algo de aquí [señala el pecho], es algo que estás sintiendo así. No es que yo pienso ideológicamente que todo es una tontería y que no te da placer nada, es una cosa que yo lo siento, una sensación de muy, muy de dentro, que yo no controlo con la cabeza. Eso es lo que yo siento, y no me da placer nada.
(Iban, Gipuzkoa, 48)

Así, recobrar esta sensación perdida genera también bienestar. Y esto sucede porque el placer en sí mismo también se convierte en un deseo o necesidad no satisfecha. Es decir, el placer genera más placer. Sin embargo, me parece interesante aquí, y en esta primera apreciación de lo que puede ser el placer, presentar el siguiente fragmento del relato de Carlos, cuando le pregunto si, al final de su proceso de recuperación, tiene una vivencia diferente del tiempo:

Es una... es como... me tiro la tarde en casa yo solo o escuchando música, o intentando evitar cualquier... o sea música que no sea como evasión, ¿no?, el tiempo pasa más lento... estoy disfrutando de mis pensamientos, como si me pusiera a meditar. (Carlos, Bizkaia, 43)

Carlos plantea aquí la cuestión de que el placer también incluye una manera de pensar, es decir, también los pensamientos son algo encarnado y afectivo, y son generadores de bienestar y/o placer, lo que refuerza la noción de sujeto holístico que manejo en esta

³²¹ Más adelante retomaré en detalle esta cuestión del deseo.

investigación. Y, por tanto, como comentaba Iban anteriormente, el pensamiento o intelecto no son los organizadores de nuestra actividad o experiencias sensoriales, y aunque él sostiene una ideología dualista del sujeto, no cree en una jerarquía de la mente sobre el cuerpo.

Por otra parte, y volviendo de nuevo a la idea de ser sensibles al entorno y a una misma (afectación) y de la experiencia emocional, presento ahora dos fragmentos que ayudan a entender algunas cuestiones. El primero es el de Carla, hablando de su experiencia con la biodanza³²² y de cómo esto le había ayudado en su recuperación:

Eso de aquí [señala la parte baja del estómago], centrarme, sentir el cuerpo. Estuvimos todo el día bailando [sonríe] es decir, sentir diferentes músicas para expresar diferentes estados emocionales, y todo el día bailando, y fue estupendo. Quiero decir que moverte y sentir qué pide el cuerpo y todo eso, pienso que es super importante, igual que caminar y hacer alguna actividad que no tenga muy en cuenta esto [y señala su cabeza], sino sólo caminar o ir a nadar. Yo pienso que eso es el proceso o... bueno, yo creo que sí... darte cuenta, parar y descansar, poder hacerle caso, ¿no?, un poco... estar un poco pendiente de todo. (Carla, Girona, 43)

Y el segundo es de Itziar, mientras cuenta como le ayudó a ella la diafreoterapia:

Hablando sobre diafreo]: Es que tienes... o sea, la respiración tiene que llegar a todas las partes de tu cuerpo. Y yo, claro al principio del proceso mi punto flojo era la respiración, o sea, me obsesionaba mucho, no podía respirar, se me cerraba todo esto [señala el cuello]. Yo no sé si era físicamente o era psicológico ¿eh?, pero es que no podía, de verdad, no me pasaba. Entonces la sensación de que la respiración llega hasta aquí [señala la parte alta del estómago], y luego se abre, y notas como se te abre hasta la espalda, como se estira. Sólo con respirar. A mí me pareció, o sea, yo lo que he sentido cuando he hecho diafreo es que no lo he sentido nunca. Luego me ponía a caminar, y notar el peso sobre mis pies, y no andar en el aire. Es que me lo habían explicado antes, pero es que hasta no hacerlo, no lo entendí. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Algo que podemos extraer de aquí es la idea de que relatar esa posibilidad de volver a sentir, o el sentir con mayor intensidad, tiene que ver también con el desarrollo de una *reflexividad corporizada*, que se va desarrollando con el mismo proceso de recuperación y/o forma parte de él mismo, al menos para algunas de las personas entrevistadas.

³²² Técnica para el autoconocimiento y el desarrollo personal a partir de movimientos y la escucha de diferentes tipos de música.

Este término de *reflexividad corporizada* lo tomo prestado de Manuela Rodríguez, que lo acuña por primera vez, y que lo describe como “*una instancia en donde el sujeto concebido en su «totalidad» pone en acto su «poder hacer», y así se modifica y modifica su entorno*” (Rodríguez, 2009:8). Con esta definición, Rodríguez recoge por una parte la idea de Silvia Citro (2006:11), de que “*la relación práctica con el mundo no se da en términos de «yo pienso» sino en términos de «yo puedo»*”, subrayando la capacidad de las personas de relacionarse con el mundo y crear actualizaciones del mismo, algo que tiene bastante relación con la definición de recuperación que vimos al principio. Y por otro lado, enfatiza que esta noción de reflexividad es sobre todo una acción, pero que involucra intelecto, sensación y emoción (Rodríguez, 2009:8), abarcando así la totalidad de la persona.

Es interesante, por tanto, que no sólo provocan bienestar las sensaciones y la experiencia emocional, sino que también la reflexividad corporizada lo consigue por sí misma, en cuanto a que es un proceso por el que llegamos a ser sujetos encarnados y agentes en nuestro entorno. Lo que además nos devuelve a esa idea de la erótica como fuente de creatividad (Lorde, 2002), que nos permite imaginar y accionar cambios, y que al fin y al cabo, permite vivir.

Y esta cuestión, también tiene que ver con otra idea que Iryna apunta sobre su relación con el dolor y hablando de las prácticas BDSM³²³:

Iryna: *El tema del sado es super interesante, también estuve mirando cosas así sados y tal. Pero al final me di cuenta de que lo estaba utilizando en mi contra y lo dejé.*

Antropóloga: *¿Lo miraste o llegaste a practicarlo?*

Iryna: *También, sí. Mola mogollón que te aten todo el cuerpo, pero ahí sí, una vez se me puso la mano lila [risas] y no me estaba enterando [risas]. Y la otra: - tía, ¿te desenredo esto?-, Y yo: -¿qué? tú sigue- [risas]. Mirado con perspectiva, menos mal que se saca la parte graciosa... pero mola mogollón eso de que te aten super fuerte para notar, ¿no? Y es super interesante en el sado el tema de que hacen de lo que causa infelicidad, que es el dolor, una herramienta para llegar a la felicidad. (Iryna, Barcelona, 31)*

Iryna nos habla del dolor como un medio para sentir el propio cuerpo. Con la sensación de dolor, como señala Ahmed (2015:52-53), tomamos conciencia de nuestra piel y, por tanto, de la frontera entre el mundo y el yo. Es decir, el dolor es una emoción o sensación que permite o favorece el proceso de identificación, porque permite la vivencia del propio cuerpo como una entidad tanto material como experiencial, es decir, como una entidad con

³²³ BDSM proviene de las siglas de Bondage, Dominación, Sadismo y Masoquismo.

potencial sensible. Esta cuestión del dolor y su relación con el significado de bienestar, no sólo es en cuanto a dolor físico, sino también emocional. Por ejemplo, Anna, que también describe su proceso de depresión y recuperación como muy marcado por distintos dolores en partes concretas de su cuerpo (cadera y rodilla derecha, cabeza, etc.), además habla de un malestar emocional intenso de la siguiente manera:

Y yo sentía que era parte del proceso y que yo ya no iba a volver a donde había estado, o sea, que puedo estar en ese lugar pero que puedo estar triste. Esto también es algo que yo estoy aprendiendo, que hay momentos en los que necesitas estar una semana en la cama, y lo necesitas porque estás en un proceso de duelo [...] Yo hay veces que conecto y conecto con el dolor, pero yo ahora... antes cuando conectaba con el dolor era «todo es una mierda, no valgo para nada» y ahora «me duele, me quiero mucho». (Anna, Barcelona, 37)

En este sentido, creo que podríamos hablar de un goce o disfrute emocional de procesos dolorosos. El placer relacionado con el dolor físico ya es algo estudiado en las investigaciones que abordan las prácticas sadomasoquistas, como la de Margot Weiss (2009), que señala cómo el dolor es un medio para obtener placer y además es fuente de relaciones socialmente productivas (y no socialmente destructivas como serían situaciones de tortura, guerra, etc.).

Sin embargo, el disfrute con el propio dolor emocional parece que es algo poco enunciado. Y creo que, experimentarlo o acompañar a otras en este viaje, puede ser algo necesario para curar heridas o aliviar malestares, y que, por tanto, a la sensación o emoción que queda después podríamos llamarla placentera.

¿Podríamos entonces hablar de una erótica del dolor? Esteban (2017b) recoge una idea planteada en la novela *Poz aldrebesa*³²⁴ de Juanjo Olasagarre (2017), y señala:

Al final de la novela utiliza esa expresión del título, Poz aldrebesa, y de alguna manera el autor reivindica un placer, una alegría, que no tiene nada que ver con la alegría inocente, la felicidad adulterada, perversa que nos promete el neoliberalismo. Sino que es una alegría, un placer, que se engarza en una situación que es dura, donde hay sufrimiento también, por lo que supone de dureza la enfermedad y el cuidado. (Esteban, 2017)

Esto puede parecer un imposible, una contradicción en sí misma, si pensamos en la clásica contraposición Eros y Thanatos, que Freud retomó para referirse a las pulsiones de vida y muerte de la psique humana, y que hoy en día forman parte de nuestro imaginario común. Sin embargo, creo que la clave es romper esas dicotomías y comenzar a entender la

³²⁴ Que en castellano ella traduce como “alegría inversa”.

experiencia como una mezcla de grises, donde el Eros se pinta de Thanatos y viceversa. Esmeralda Cobarrubias López (2017), en una mesa de trabajo del *VIII Congreso de Cuerpo Descifrado: los cuerpos del placer y del deseo*³²⁵, planteó que la experiencia de la enfermedad no puede reducirse a una sola cualidad, es decir, que aunque el sufrimiento o el dolor predominen siempre aparecerán momentos de placer, igual que en los períodos de salud hay momentos de dolor y sufrimiento.

Por último, está la cuestión del goce de la sexualidad. Durante las depresiones, ya sea como parte de la fenomenología, u otras veces como consecuencia de la ingesta de psicofármacos, las personas pierden sus ganas o deseo sexual, y el volver a sentir ese deseo también significa bienestar. Un deseo que, como advierte Anna, no siempre tiene que ser satisfecho por otras personas.

De esto me di cuenta cuando empecé a masturbarme. Cuando empecé a leerme el libro, de repente me he dado cuenta que hasta entonces masturbarme era tocarme el clítoris y ra, ra, ra, jah, ah, ah!, y ya está. Y de repente decir, si yo hago esto conmigo, ¿qué quiero que hagan conmigo?, ¿qué estoy buscando?, que venga el tío y que no me haga ra, ra, ra cuando yo eso es lo que hago. Y entonces empezar a acariciarme, empezar a, no sé, a mover la energía. Hay unos ejercicios de respiración que, cuando mueves la energía y cuando tienes el placer sexual, igual que lo sientes aquí [señala bajo vientre] puedes sentirlo por todo el cuerpo, y empecé a hacerlo y empecé a experimentar mucho más placer. (Anna, Barcelona, 37)

Pero como Helena³²⁶ señala, hablando de cómo ha sido su proceso de recuperación en cuanto a la vivencia de la sexualidad, a veces sí es la relación con otro cuerpo de deseo el que activa este retorno del placer sexual: “Pues con esta pareja que tuve... Claro, es lo que digo, empiezas a relajarte, estás con la confianza... recuperé, recuperé la sexualidad ahí.”

Y quizás porque la relación con otro cuerpo permite una serie de sensaciones y emociones que sino, no se tendrían³²⁷. Sin embargo, y atendiendo a lo dicho por Anna, la propia relación con una misma, también marca nuestras experiencias con las otras personas.

Y para terminar este apartado, podríamos decir que, en general, alcanzar el bienestar que supone la recuperación de una o varias depresiones está directamente relacionado con la posibilidad de sentir y de emocionarnos, es decir, con la posibilidad de erotizarnos, donde los sujetos encarnados van generando una nueva realidad en la que y de la que gozan y disfrutan.

³²⁵ Congreso organizado por la *Red de Estudios Transdisciplinarios de Cuerpos*, y que se celebró en Santiago de Querétaro (México), 17-20 de octubre de 2017.

³²⁶ Barcelona, 55.

³²⁷ La relación con las otras personas y su articulación con la erótica (afectación y emocionalidad), se verá con más detalle en el último apartado.

Así, mientras el cuerpo depresivo está inactivo, insensible y anhedónico, cuestiones que nos hablan de un vacío o una falta, podríamos hablar de las personas que, al alcanzar el bienestar, o en el proceso mismo de la recuperación, como cuerpos que comienzan a ser activos y agentes, y que buscan relaciones con el mundo y las otras, en un afán y deseo de experimentar la vida. Como Ahmed (2015:253) escribe, “*el placer es expansivo [...] nos abrimos al flujo del mundo y buscamos acercarnos a otras personas*”.

6. 3. 4. *Las ganas de vivir: ilusiones, deseos y sentidos*

Otro de las cuestiones que han surgido con el análisis de la información obtenida es que, con bastante frecuencia, las personas de esta investigación han nombrado su bienestar como un recuperar³²⁸ la ilusión por vivir, es decir, volver a tener esperanza o imaginar que la vida merece la pena ser vivida. Por ejemplo, Amets, después de comentar que ha sufrido durante varios meses la experiencia de la anhedonia, dice:

Pero yo ahora estoy disfrutando esta conversación, estoy tranquilo, me viene bien. Hoy es el cumpleaños de June [una amiga], he estado preparando el regalo, estoy con una ilusión. Voy ahora al ambulatorio con este tema comunitario, no sé, con estas ilusiones de la vida. (Amets, Gipuzkoa, 27)

Pilar³²⁹, respondiendo así a la pregunta de por qué se sienta que ya está recuperada, comenta: “*Yo ahora me levanto por la mañana y me levanto con ganas y me río. Poco a poco he vuelto a coger el ritmo de la vida; un poco ver el brillo de las cosas que antes habían perdido su brillo.*”

Estas personas nos hablan del anhelo de que ocurran ciertas cosas (experiencias, encuentros, azares, etc.), por el simple hecho de que sucedan, pero también porque podrían conllevar una mejoría -relativa en cada situación- para ellas y su contexto. Es decir, relacionan bienestar con la posibilidad de volver a tener utopías e ideales y, por tanto, con la experiencia o sentimiento de la esperanza y/o la ilusión.

Por otra parte, esta ilusión parece relacionada con “las ganas por hacer”. En este sentido tomo prestada la noción de Gilles Deleuze de deseo, presente en algunas de sus primeras obras (2007, 2002), pero que posteriormente reelabora y sistematiza junto a Felix Guattari en el texto de *Anti-Edipo* (Deleuze y Guattari, 1985). Recorro a este autor, porque creo que es interesante su noción de la acción y la praxis como potencia de crecimiento, y por tanto de vida. Veamos que dicen las personas entrevistadas sobre este tema:

Itziar (Gipuzkoa, 31) hablando sobre su forma de vivir la sexualidad y los cambios durante el proceso de recuperación: Sí, porque es que yo creo que fue como un clic,

³²⁸ Siempre entendiendo recuperación tal y como se describió en el primer apartado.

³²⁹ Bizkaia, 48.

y digo en mogollón de aspectos. O sea, ¿yo por qué me tengo que esperar aquí a que me sacien si puedo hacerlo yo misma? Pero lo mismo si puedo pasármelo bien yo sola, o con otras personas que no sean mi novio, ¿por qué no lo voy a hacer? Da igual, para ir de juerga... o para... no sé.

Helena (Barcelona, 55) explicando cómo fue el momento en que se sintió recuperada: *De todo, todo, no digo la recuperación, digo todo, ya no poder más... hasta decir - bueno, ahora ya dejo eso. ¿Qué quiero? ¿Qué puedo? ¿De qué soy capaz?- Antes no era capaz.*

Deleuze nos propone una noción de deseo como potencia, y se refiere con esto a las cosas que el sujeto hace (no a las que podría hacer). Así, el *territorio* de cada persona es la potencia particular que lleva a cabo: “*Espacio que ocupa un cuerpo vivo mediante los afectos de los que es capaz*” (Larrauri, 2014:5). Y según este autor, estar vivas supone la búsqueda constante de la ampliación de estos territorios mediante el devenir, a través de los encuentros con las otras y el mundo.

Devenir, otro de los términos centrales en la obra de Deleuze, se refiere a la acción de hacerse, a la parte intermedia entre varios estados, enfatizando así que lo importante para entender la ontología del ser es el proceso, los movimientos, lo que queda entre diferentes estados. Esta idea de devenir nos interesa aquí porque supone “*romper las líneas duras del ser*” (Larrauri, 2014:8), y por tanto, la identidad misma de la persona enferma o con malestar, que comienza a devenir saludable o con bienestar. Así, hemos visto cómo Helena e Itziar nos hablan de un significado del bienestar que se relaciona con la posibilidad de hacer, y esto como transición o devenir bienestar; sumando y creciendo.

Otra cuestión es la que aparece en los dos siguientes fragmentos, y que se refiere a la orientación del deseo. Le pregunto a Helena si alguno de sus trabajos remunerados le ayudó en su proceso de recuperación, y contesta:

Cuando trabajaba vendiendo pisos. Pero ¿qué hacía aquello? Que tuviera no tuviera que estar en un despacho, que pudiera salir, que pudiera no sé qué... [aspira] que podía acompañar a mis hijos al instituto y luego volvía. O sea, que mientras hicieras el trabajo, no hacía falta estar en la oficina, entonces... ahora voy a comprar, ¡ay! Que mañana... Esas cosas. (Helena, Barcelona, 55)

Por su parte Josep, cuando le pido que me explique por qué la práctica del reiki³³⁰ fue un facilitador de su recuperación, comenta:

³³⁰ Reiki es un tipo de MAC de origen japonés, que a través de la imposición de manos promueve el bienestar emocional, físico y espiritual.

*Bueno, una mica... És un auto-tranquil·litzant per un mateix, sí sí... Emm... bueno, m'ha anat molt bé, sí, bueno, jo considero que m'ha anat molt bé perquè... jo ara no em poso mai nerviós, això sí que és veritat, no em poso nerv... no exploto mai. No engego mai... ningú a la merda, ¿no?, vull dir em costa molt. Per exemple per comptes de a la merda et diré -ves a esmorzar-.*³³¹ (Josep, Lleida, 64)

Volviendo a Deleuze, diríamos que deseamos conjuntos (espacial, territorial, geográfico, temporal, etc.) y no objetos concretos (Larrauri, 2014:11). Es decir, que no es la mera actividad de vender pisos lo que Helena desea y que además le hace sentir mejor, sino que eso le permite estar en el espacio público y al aire libre, en un horario que es compatible con el de sus hijas/os, y/o realizar las tareas domésticas. O como Josep señala, la práctica del reiki para él no es sólo una forma de estar más tranquilo, sino que además esto le permite una relación con su entorno en un tiempo y forma diferentes, y consigue no generar conflictos y malestares con las otras personas. Es decir, Josep “no desea” hacer reiki, sino que desea todas esas sensaciones y encuentros que esta práctica le generan.

Por otra parte, y en relación a la orientación del deseo, escoger qué prácticas o ideas nos mueven en la acción es también algo que está ligado al significado de bienestar para algunas personas, como cuando Anna, explica cómo la terapia con cuencos tibetanos³³² le ayudó en su recuperación.

La vibración del cuenco tiene un sonido que te hace... es que te conecta con la fuente también. Equilibra tu vibración y hace que estés más abierta a saber qué es lo que quieres o a que tu potencial interno se desarrolle. (Anna, Barcelona, 37)

La toma de decisiones surge así como una cuestión placentera o generadora de bienestar, en cuanto que durante la depresión las personas no podían deliberar y elegir, y que por tal razón, no sólo el sentir deseo se convierte en una necesidad, sino que también poder escoger la orientación de los mismos es sinónimo de bienestar. A este respecto, Josep comenta sobre la manera en que su hermana y su pareja de entonces también formaron parte de su recuperación:

*Bueno, pues venga, pues no, fes això... no... no estiguis aixís... rumia-t'ho dues vegades. Vull dir, anar fent coses d'aquestes, ¿no? Vull dir anar fent... agafant una mica i intentant... coordinar-me una mica amb mi mateix... que em coordinés més bé jo mateix, ¿no?*³³³ (Josep, Lleida, 64)

³³¹ *Bueno, un poco... es un auto-tranquilizante para uno mismo, sí, sí... Emm, bueno, me ha ido muy bien, sí, bueno, yo considero que me ha ido muy bien porque... yo ahora no me pongo nervioso, y eso es verdad, no me pongo nervioso, no exploto nunca. No mando a nadie a la mierda, ¿no?, quiero decir, me cuesta mucho. Por ejemplo, en vez de -a la mierda- te diré -ves a desayunar-.*

³³² Los cuencos tibetanos son boles metálicos fabricados en Nepal, China o India, originarios del budismo y confeccionados para su uso en la meditación y la inducción al trance.

³³³ *Bueno, pues venga, pues no, haz eso... no, no estés así... rumiando todo dos veces. Quiero decir, que ir haciendo cosas de estas, ¿no? Quiero decir ir haciendo... cogiendo un poco e intentando... coordinándome un poco conmigo mismo... que me*

Por último, y en relación a las ganas o deseo por vivir, vemos que la ejecución de las prácticas muchas veces supone lograr “el [un] sentido de la vida”. Una expresión que quizás se refiera a la orientación general del deseo por vivir, y que su pérdida es algo que también es señalado como parte de la fenomenología depresiva. Así lo expresa Helena³³⁴, hablando sobre porque el acudir al centro de día, en el que tenían una rutina muy marcada de horarios y actividades, le ayudó en su recuperación, comenta: “el hacer, ya te sientes útil, te da otro...yo que sé”. O Carla, respondiendo a la pregunta de cómo fue la relación con su ámbito laboral durante su recuperación:

*Ajudava, la feina que... la feina que feia, bueno, jo crec que [sonríe] de les coses que he fet a la meva vida, m'agrada molt, i és part del sentit que tens de la teva vida. Ostres! no és una feina per mantenir-nos això és impenable, però bueno no és només una feina de pillo el sou a final de mes i prou, sinó que tens, que per tu té un sentit.*³³⁵ (Carla, Girona, 43)

Por su parte, Marta³³⁶, cuando le pregunto cuál es el cuestionamiento central que se hacía a sí misma en su experiencia de depresión y que ella denomina como crisis espiritual, comenta: “Mi inquietud es saber quién soy y qué estoy haciendo aquí”. O Anna³³⁷, después de contar una anécdota que le ocurrió en un viaje que realizó a la India, donde de repente un día tuvo “una iluminación” y que le llevó a decidir estudiar en la universidad a su vuelta a Europa, dice: “Y me ayudó mucho hacer algo que yo sentía que era importante hacer, ayudaba a las demás personas, que tal y que cual, me ayudó mucho.”

Por tanto, se genera una orientación del deseo vital o de las ganas por vivir, cuando se realizan acciones que para las personas son “útiles” o “importantes” en cuanto que cumplen una finalidad quizás más general o incluso trascendental, o que son “productivas” en un mundo gobernado por la ideología de la productividad. Un sentido que genera bienestar, pero que no sólo aparece con las ganas o deseos por hacer, sino que también se desarrolla con la ejecución de las prácticas. Es decir, desear hacer algo y/o hacerlo, son factores que se relacionan con la recuperación.

Por otro lado, esta cuestión de la pérdida de sentido, o de la desorientación general en la vida, es parte de la experiencia de crisis vital que subyace a las depresiones y, por tanto, volvemos a encontrar el significado de la experiencia de bienestar en relación al malestar vivido.

coordine más bien yo mismo, ¿no?

³³⁴ Barcelona, 55.

³³⁵ *Ajudaba, el trabajo que... el trabajo que hacía, bueno, yo creo que [sonríe] de las cosas que he hecho en mi vida, me gusta mucho, y es parte del sentido que tienes de la vida. ¡Ostras! No es un trabajo para mantenernos, eso es impensable. pero bueno, no es sólo un trabajo de cojo el sueldo a final de mes y ya está, sino que tiene para ti un sentido.*

³³⁶ Girona, 55.

³³⁷ Barcelona, 37.

En general, podríamos concluir, que todas estas cuestiones del deseo y del hacer, podrían ser explicadas de nuevo desde la noción de cuerpo agente, como sujeto encarnado que es capaz de transformar la realidad en la que vive, frente al cuerpo depresivo que está pasivo, y sin una fuerza deseante que active sus enactuaciones con el entorno.

6. 4. La erótica y la vida como punto de unión

En esta investigación entiendo la depresión como un proceso personal y colectivo que está repleto de cambios en los múltiples aspectos de la(s) vida(s), cambios que se han conseguido accionando estrategias y tácticas, no siempre conscientes o con esa intencionalidad de transformación. Lo que después acontece, ese sentirse mejor o estar bien, tiene múltiples significados y conlleva muy distintas experiencias, tal y como hemos visto a lo largo de este capítulo. ¿Pero cómo ensamblar todas ellas?

Recapitulando las ideas principales de cada apartado, podríamos decir que recuperarse de una depresión o estar bien, es estar tranquila, relajada, y con la oportunidad de contemplar el mundo, porque existe cierta autonomía en la gestión del tiempo, evitando que sea algo rígido y estricto. También es bienestar tener energía física necesaria para realizar las tareas cotidianas, y disponer de una energía espiritual positiva. Además, recuperarse significa estar afectada por el entorno y afectarlo al mismo tiempo, y reconocer las propias emociones, especialmente gozar y sentir placer. De igual manera, desear, saber qué desear y darle un sentido general a la vida, representa para las personas el alcance de su recuperación.

Si pensamos en esta idea múltiple y dinámica del bienestar como si se tratase de una colcha hecha a ganchillo³³⁸, podríamos pensar que cada una de esas muchas situaciones que ejemplifican la recuperación y que han sido narradas por cada persona, es uno de los cuadrados tejidos; cada uno con un punto, un color, un grosor, una forma y una historia distinta. Tras el análisis, tuve que decidir cómo organizarlos -qué cuadrado irá después, al lado y antes del siguiente- para que la manta tenga una cierta estética, algo que simboliza mi esfuerzo por una síntesis y presentación de resultados en ejes de significado del bienestar y la recuperación. Podría haber otras organizaciones posibles, pero esta combinación de cuadrados de ganchillo ha sido para la mí la más acertada. Ahora, sólo me queda coserlos entre sí con un hilo, y obtener la forma final de colcha, buscando así, el ensamblaje³³⁹ entre todas estas experiencias múltiples y heterogéneas, pero que sin

³³⁸ Esta idea de analogía con una colcha de ganchillo está inspirada en la que Díaz de Rada (2011) hace sobre la creación de categorías de análisis en la investigación etnográfica y los retales de tela unidos por hilos.

³³⁹ Empleo aquí la noción de ensamblaje como la acción de unir varias piezas, unas diferentes de las otras, "*metiendo las partes salientes de unas en las entrantes de las otras*" (https://www.diccionarios.com/detalle.php?palabra=ensamblar&Buscar.x=56&Buscar.y=22&dicc_100=on&dicc_100=on) [Consulta: 23/04/2018]. Además, también sirvieron de inspiración las ideas de Deleuze y Guattari (1997) sobre el ensamblaje, como conjunto de prácticas y cosas que son heterogéneas entre sí, pero que pueden alinearse por medio de ejes como el de territorialidad y desterritorialización.

embargo, otorgan un sentido común y compartido.

Revisando todos mis cuadrados y observando atentamente la disposición entre ellos, creo que hay una forma y color de hilo que les dotará de la mayor consistencia: el de la vida y la vitalidad. Es decir, y volviendo de la metáfora a la realidad, una cuestión común que atraviesa todos los significados atribuidos al bienestar es que las personas se sienten bien o recuperadas cuando se sienten vivas, y se sienten vivas al poder contemplar el mundo cuando están relajadas y tranquilas, al ser afectadas por el entorno, al no estar cansadas todo el tiempo, etc.

La vida es así, señalada como el sinónimo último de recuperación, mientras que la muerte representa la depresión. Quizás sea más sencillo pensar en cuerpos vitales y cargados de erotismo (en el sentido que indicaba Esteban, 2017): sujetos encarnados que son sensibles, emocionables, agentes -con potencia de acción- y deseantes. Y muertos cuando la depresión los convierte en cuerpos aislados, insensibles, incapaces de comunicarse con su entorno y/o de accionar cambios.

En el capítulo sobre fenomenología, ya señalé que entiendo las depresiones como crisis vitales. Y sí, la vida está en riesgo cuando la persona pasa por una depresión, o al revés, porque la vida está en peligro o está en aprietos es por lo que la persona acaba deprimida. Ambas realidades, crisis vital y depresión suceden juntas, aunque esto no quiere decir que sean correlativas: no todas las crisis vitales aparecen junto a depresiones (algunas veces toman otra forma), pero si todas las depresiones están interconectadas con las crisis vitales.

Las depresiones son paréntesis en nuestra biografía, pero paréntesis invertidos³⁴⁰, porque la depresión es un acontecimiento que nos hiere y que deja una cicatriz imborrable, una marca existencial que no pertenece sólo a un tiempo, sino que se extiende a toda nuestra vida. La depresión siempre es un *hito*; momento que supone una línea de discontinuidad, que marcan un antes y un después en el propio relato, como si se tratase de una estrella en la constelación autobiográfica. Así, recuperarse es retomar la vida, sea como sea esa vuelta o esa nueva vida que tenemos tras tantos cambios, y que nunca será la misma. Y también retomar el bienestar “simplemente” viviendo, es decir, sintiendo, deseando y actuando.

³⁴⁰ Agradezco a Esteban Zamora haber llamado mi atención sobre este hecho.

CAPÍTULO 7

LAS PRÁCTICAS CORPORALES: ESTRATEGIAS Y TÁCTICAS PARA LA RECUPERACIÓN

La dimensión del tiempo cambia desde que entro allí. Yo diría que llevo diez minutos e igual llevo treinta o una hora. Es increíble como respirando y relajando todo se pasa. Llego al suelo, me encanta este momento. Una vez allí me relajo y siento mi cuerpo. El trabajo que llevo hecho con diafreo[terapia] me ayuda a sacar mi rabia, me ayuda a sacar mi dolor, me ayuda a estar más tranquila, a estar mejor.

(Diario de campo, 14/01/2016)

Tal y como se expuso en el capítulo sobre biopolíticas, existen tres dispositivos biomédicos en torno a la recuperación de las depresiones: diagnóstico, psicofarmacología y terapeutización. Estas tres formas de enfrentar el malestar son muy comunes en los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas participantes, pero también lo son lo que, basándome en diferentes autoras (Barnes, 2001; Connell, 2015; Muñiz, 2014), he denominado “prácticas corporales”, y que aparecen como otro tipo de estrategias y tácticas que se ponen en marcha con el mismo fin, y que no siempre responden a mandatos o consejos biomédicos.

Por prácticas corporales se entienden, como ya se señaló en el capítulo sobre metodologías, todas aquellas acciones donde el cuerpo tiene una implicación fundamental y decisiva. Aunque toda actividad humana lleva implícita un soporte corporal, se refiere a ciertas prácticas que están más centradas en la transformación, exposición, y autoexploración del cuerpo, y/o un uso instrumentalizado del mismo para determinados fines. Son acciones que siempre están asociadas a significados concretos de salud y enfermedad, o de malestar y bienestar, y están configurando la llamada “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.

La autoatención es uno de los tres niveles de atención en los procesos de salud-enfermedad-atención³⁴¹, y es siempre el que primero se pone en marcha y el que tiene lugar de forma “más universal” (Romaní, 1999:41). Además, ha demostrado ser muy habitual en la vivencia de las participantes con las que he llevado a cabo esta investigación³⁴². Como Menéndez (2005:51) advierte, esta situación se ve reforzada por la constante reducción del tiempo dedicado a las/os pacientes-agentes por parte las/os profesionales de los servicios de salud pública, algo que también se aprecia en los contextos estudiados³⁴³, pero que habría que estudiar con más detalle. Es decir, la realidad nos da pistas para pensar que la mayoría de los procesos de recuperación son realizados en los mismos grupos sociales, ya sea o no con el consejo de los profesionales de la salud.

A lo largo de este capítulo se hará un recorrido etnográfico y teórico sobre cómo facilitan la recuperación aquellas prácticas corporales que son puestas en marcha por las personas y sus entornos. En el primer apartado, se presentará una relación de los diferentes tipos de actividades, organizadas en grupos según el ámbito de ejecución, y se expondrán además algunas razones tanto para la puesta en marcha como para el mantenimiento de las mismas. Sin embargo, será una exposición descriptiva que se complementará con el análisis que se ofrece en el segundo apartado, donde se ofrece una síntesis de las

³⁴¹ Los otros dos niveles de atención en los procesos de salud-enfermedad-atención son el emprendido por especialistas y el ejercido por instituciones (Romaní, 1999:41).

³⁴² El protagonismo de la autoatención en los procesos de salud-enfermedad-atención de esta investigación, quizás no sea una situación casual, sino que puede estar determinada por la propia forma de búsqueda y selección de la muestra. Es decir, si como investigadora me hubiera acercado a consultas médicas, psiquiátricas o psicológicas como principal recurso para encontrar participantes, a lo mejor la autoatención no hubiera tenido tanto peso. Pero decidí seleccionar una muestra que provenía de contactos cercanos, y que de alguna forma se ha visto sesgada por la composición de mi entorno, que en gran parte es crítico con el sistema biomédico actual.

³⁴³ Durante el trabajo de campo varias personas comentaron esta situación. Sin embargo, no es un tema que haya sido estudiado en detalle, y podría ser, por tanto, una temática para futuras investigaciones.

diferentes influencias de estas mismas prácticas en relación a la recuperación, y que se corresponden con cinco temas: entrenamiento y modificación de la corporalidad, impulso para la vivencia de una corporalidad sensible y agente, transformación identitaria y performatividad de género, generación de un horizonte de sentido compartido y, en último lugar, las sensaciones placenteras que se generan. En el tercer apartado, se presentarán varias aportaciones a la discusión teórica sobre la importancia de la intencionalidad y la reflexividad en la recuperación en depresiones, en general, pero también en la ejecución de las prácticas analizadas en este capítulo. Y por último, en el cuarto apartado se recogerán algunas ideas sobre la articulación de diferentes modelos y paradigmas de atención, y su relación con los procesos de recuperación en depresiones.

7. 1. Tipos de prácticas corporales activadas

Son muchas las prácticas corporales que las personas ponen en marcha, tanto para activar, como para mantener la recuperación de sus depresiones. Además, es notorio que todas las personas participantes comentan que, desde su punto de vista, no ha sido sólo una única actividad la responsable de su recuperación, sino que siempre son varias, ya sea ejecutadas en diferentes momentos o al mismo tiempo. Sin embargo, siempre hay alguna que tuvo (o tiene) mayor protagonismo en cada proceso.

Por otra parte, como veremos más adelante en el último apartado de este capítulo (relacionado con la intencionalidad y la reflexividad), no siempre son prácticas que hayan sido nombradas de forma explícita como facilitadoras de la recuperación. Durante el trabajo de campo, al realizar la pregunta sobre qué actividades fueron puestas en marcha para activar la recuperación, algunas veces la respuesta era "*ninguna*". Y, sin embargo, poco después, la misma persona señalaba el ejercicio de alguna de ellas, que coincidían con su período de depresión y sobre las que comentaban "*me hacía sentir muy bien y por eso lo sigo haciendo*". La intencionalidad o no de las prácticas, así como la reflexividad corporizadas alrededor de sus consecuencias, varían según las personas y los momentos, como se verá en el último apartado de este capítulo, pero eso no ha impedido que la actividad sea incluida como importante para el proceso de salud-enfermedad-atención.

Cómo se advertía, hay mucha diversidad y diferencia entre estas actividades. En los siguientes subapartados voy a realizar una exposición de la mayoría de ellas, junto a algunas cuestiones que han ido señalando en relación a su recuperación, así como, sin ánimo de representatividad estadística, un pequeño esbozo cuantitativo de quién las emplea mayormente (en relación al género, edad y grupo socioeconómico de pertenencia). Se presentarán agrupadas según su finalidad más notoria (artísticas, deportivas, laborales, etc.) y organizadas alfabéticamente para facilitar la lectura.

7. 1. 1. Alimentación

En este grupo he incluido todas aquellas actividades que tienen relación con la ingesta de comida y/o bebida, tales como dietas y regímenes, comer en exceso o por defecto, alimentarse de una forma no habitual para la persona, acudir a bares o restaurantes, etc. Estas, en general, han sido más señaladas por las mujeres que por los hombres, todas participantes de edades diferentes y de distinto nivel socioeconómico. Aunque es imposible extraer de aquí ninguna conclusión definitiva, creo que esta diferencia de género es una buena pista.

Por ejemplo, para Anna³⁴⁴, como ya vimos en el capítulo anterior, comenzar con otro tipo de alimentación que ella considera más saludable, como consumir más cereales integrales o menos azúcar refinado y carnes, le permitió sentirse mejor y con más energía porque “*la vida da vida*”. Además, para ella también fue de mucha ayuda conocer y practicar durante tiempo una dieta de tipo macrobiótico. Esto contrasta con el relato de Itziar³⁴⁵, que cuando “*está mal*” acude al consumo de bollería industrial, porque como ella dice “*necesito ese chute de azúcar*” para sentirse mejor. Sin embargo, el de Anna es un relato muy centrado en el discurso naturista, o al menos, más que en el caso de Itziar.

Por otra parte, Andrea³⁴⁶ durante varios períodos de su vida ha llevado a cabo regímenes para bajar de peso, y siempre con el asesoramiento de profesionales. Estas prácticas de control ajeno y profesional sobre su propia alimentación son para Andrea facilitadoras de su recuperación, bien porque le ayudan a perder peso y sentirse más a gusto con su propia imagen corporal, bien porque, como él mismo menciona alguna vez, le ayudan a prestar algo de atención a su cuerpo durante semanas.

Por último, también he incluido en este grupo los consumos en comercios de restauración, como ir a tomar un café o comer fuera de casa, una actividad que normalmente realizamos en compañía de otras personas, y que, para algunas participantes como Inma³⁴⁷, jubilada y residente en un municipio rural de tamaño mediano, son actividades imprescindibles para mantener su recuperación porque son la forma de relacionarse con su entorno y salir del espacio doméstico.

7. 1. 2. Artes y artesanías

Dentro de este grupo he incluido tanto las actividades consideradas artísticas como aquellas del ámbito de las artesanías. En cuanto a las primeras, durante el trabajo de campo se ha señalado el ejercicio o el disfrute de diferentes disciplinas artísticas como

³⁴⁴ Barcelona, 37.

³⁴⁵ Gipuzkoa, 31.

³⁴⁶ Barcelona, 40.

³⁴⁷ Bizkaia, 62.

fuentes de bienestar. La interpretación musical, por ejemplo, en ningún caso apareció mencionada como estrategia frente a las depresiones, sin embargo, escuchar música, tanto en directo como en diferentes formatos de grabación, sí que ha sido una actividad frecuente para algunas de las participantes. Pero Andrea³⁴⁸ comenta que, aunque escuchar música sea la única actividad constante en su vida, incluso durante los períodos de depresión, no siempre es el mismo tipo de música la que escucha. Como él mismo dice, durante los momentos en los que “*peor estaba*” siempre escuchó melodías que invocaban tristeza o una sensación de melancolía.

Esto contrasta con lo que Anna³⁴⁹ apunta, cuando dice que para ella la música ha sido una forma de sentir emociones de forma intensa, la mayoría relacionadas con la alegría o con una sensación de gran satisfacción, y lo vincula además con la actividad del baile que tanto le gusta.

Precisamente la danza es una disciplina señalada como fundamental por tres personas, todas mujeres. Anna, por ejemplo, que asegura que nunca bailarían frente a un público, comenta que el baile es un camino para desarrollar su creatividad y para entrar en contacto con su cuerpo. Pero es llamativo el caso de Patricia³⁵⁰, que desde el principio señaló el tango como la actividad fundamental para la activación y mantenimiento de su recuperación. Esta alavesa de treinta y ocho años ha estado más de quince recuperándose de una depresión que comenzó a sus dieciséis años, y desde entonces ha probado multitud de estrategias y tácticas en todo ese recorrido. Nos conocimos en un viaje a Madrid; ella iba a un encuentro de tango de fin de semana. Según cuenta, y con mucha contundencia, fue este baile lo que le permitió alcanzar su total recuperación, y lo que a día de hoy le otorga mayor placer y bienestar, razón por la que todavía lo practica, tomando clases durante la semana y acudiendo a milongas³⁵¹ y encuentros de tangos durante los fines de semanas y vacaciones.

Patricia señala muchas razones por las que está tan apegada a este tipo de danza: le ha permitido conocer mejor cada parte de su cuerpo y “*corregir correctamente*” su postura corporal algo afectada después de varios accidentes de coche, duerme mejor y se siente más tranquila después de una milonga, le genera una emoción muy intensa y placentera porque “*es como el momento después de un orgasmo*”, pero, sobre todo, le ha permitido tocar y ser tocada por cuerpos masculinos. A raíz de una violación que sufrió a sus dieciséis años, Patricia sentía una gran aversión hacia los hombres que, conocidos o no, le generaban asco, miedo y/o rabia. Como ella comenta, la primera temporada con el tango

³⁴⁸ Barcelona, 40.

³⁴⁹ Barcelona, 37.

³⁵⁰ Araba/Álava, 38.

³⁵¹ Evento en que varias personas se reúnen para bailar tango.

fue muy dura, porque le obligó a estar en contacto, piel con piel, con su pareja de baile, que siempre es masculina. Esta situación la define como un reto que tuvo que superar, y que le permitió romper sus barreras defensivas y dejarse llevar (literalmente, ya que ella baila con los ojos cerrados) por un hombre, y por tanto, a confiar de nuevo en ellos.

Además del baile y la música, también el teatro ha sido señalado por cuatro participantes como facilitador de su recuperación, todos hombres. Andrea³⁵² o Josep³⁵³ comentan que el ejercicio teatral les permite exponerse, desinhibirse frente a un público, y mostrar su cuerpo sin pudor. Carlos³⁵⁴, sin embargo, que hace pocos años se reconvirtió profesionalmente en terapeuta de Gestalt, comenta que la interpretación le ha permitido conocer mejor la corporalidad, propia y ajena, con la que él siempre estuvo “desconectado”, y que esto ha sido también un recurso para su nueva profesión.

Por último, Iryna³⁵⁵ señala la escritura como un motor para su recuperación; escribe poesía, relatos cortos, teatro, artículos para revistas de filosofía, etc. Según comenta, cada género literario le ofrece algo distinto: describe la poesía como “*momentos viscerales*” que le permiten cubrir una “*necesidad de escupir cosas que no puedo sostener*”; mientras que escribir relatos cortos o escenas de teatro son “*algo más pensado*” y actúan como “*indagación de cómo me siento y cómo puedo expresarlo*”. Para Iryna la escritura ha supuesto un desahogo, pero también una forma de comunicar y denunciar las causas sociales de su malestar, y evitar así quedarse callada durante más tiempo. Además, no sólo es la misma acción de la escritura la que está facilitando su recuperación, sino que la lectura posterior de sus propios manuscritos son una forma de “*reconocer lo que me pasó, ahora que está puesto en papel*”, y le permite una distancia con sus propios sentimientos que le ayuda a “*organizar todo ese follón emocional que tengo por dentro*”.

En cuanto a las artesanías, aparte de Josep³⁵⁶, que es carpintero de profesión, cuatro mujeres han señalado este tipo de actividades como facilitadoras de su recuperación, pero siempre las realizan en su tiempo libre. Se mencionaron, por el ejemplo, el ganchillo, la restauración de muebles, la serigrafía o el trabajo con cuero, y las razones que se argumentan sobre la importancia de estas actividades siempre están relacionadas con la creatividad y con “*hacer algo con las manos*”, en contraste con otro tipo de actividades que exige una menor ejecución física. Por su parte, Josep tiene otro tipo de relación con la carpintería, que lleva ejerciendo desde los diez años, cuando comenzó como aprendiz en el taller de su padre. Después de pasar por su depresión, olvidó muchos de los conocimientos que tenía sobre el oficio y tuvo que aprender de nuevo cuando ya estaba

³⁵² Barcelona, 40.

³⁵³ Lleida, 64.

³⁵⁴ Bizkaia, 43.

³⁵⁵ Barcelona, 31.

³⁵⁶ Lleida, 64.

cerca de sus cincuenta años. Pero según comenta, el problema no era el manejo de la maquinaria, que él siempre recordó, sino que le costaba encajar las piezas de marquetería, diseñar planos, u organizar las tareas. Volver a su taller y a la actividad de carpintería, después de algún tiempo de baja, fue para Josep una parte muy importante de su recuperación.

7. 1. 3. Asociacionismo

De entre las muchas prácticas puestas en marcha para la recuperación, este apartado se refiere a las actividades que se realizan como parte de una agrupación continuada de personas con un objetivo común. Estos grupos pueden presentarse con múltiples formas; una ONG, o una asociación vecinal, o un colectivo perteneciente a los movimientos sociales, entre otros. Además, los fines que persiguen son también diversos: algunos de estos grupos se caracterizan por un ideal de cambio o transformación social, mientras otras agrupaciones se orientan a cubrir las necesidades de ocio de sus participantes, por señalar algunos ejemplos.

Todas estas actividades tienen un compromiso directo con lo corporal porque se realizan en relación con otras personas, y como Connell (2015) advierte, la interacción social es posible a través de nuestra materialidad. Una relación con las otras personas que facilita la recuperación en depresiones por varias razones, y que ha sido señalada por bastantes participantes, sin que haya entre ellas grandes diferencias por género, edad o clase social de pertenencia.

Por ejemplo, Josep³⁵⁷ hace más de quince años que trabaja solo en su taller de carpintería porque, según comenta, los encargos que llegan no dan para seguir pagando los sueldos de los anteriores trabajadores contratados. Coincidiendo con la última fase de su recuperación, se creó una cooperativa de vivienda de personas con ideología anarquista en un pueblo muy cercano al municipio donde reside Josep. Algunas de estas nuevas vecinas se acercaron a su taller para aprender el oficio de la carpintería, y así comenzó una relación de intercambio que todavía perdura a día de hoy: Josep visita con frecuencia el espacio de esta cooperativa, donde participa en actividades, asambleas y festejos, y a su vez, las personas que forman parte de la misma van al taller de carpintería para aprender con él. En esta relación la edad está muy desequilibrada; Josep tiene sesenta y cuatro años, y la media en la cooperativa ronda los treinta, pero esta interrelación supone un reconocimiento de su experiencia como maestro carpintero justo en un momento muy cercano a la jubilación. Además, esta misma comunidad está ejerciendo de sostén material y emocional de Josep en otros momentos y situaciones, por ejemplo, prestándole dinero en

³⁵⁷ Lleida, 64.

algunas situaciones o escuchando sus preocupaciones en relación a algún tema.

Por otro lado, el relato de Andrea³⁵⁸ sobre su recuperación también está muy marcado por su participación en una asociación sin ánimo de lucro formada por personas psiquiatrizadas, que tiene como objetivo la defensa de los derechos de las personas usuarias en los servicios de salud mental. Andrea fue socio fundador de esta agrupación, de la que sigue formando parte actualmente como contratado a tiempo completo. Recordemos que ha estado mucho tiempo sufriendo por la precariedad económica con trabajos no gratificantes y mal pagados, así que, para él, una de los mayores beneficios que ha supuesto la asociación ha sido romper con esa inseguridad. Además, él que se define como *workaholic*, ha encontrado en este proyecto asociativo un sentido a su vida, porque tanto su tiempo de trabajo como de ocio se ve copado por las tareas que realiza en esta agrupación, dentro y fuera de su horario de trabajo.

Por último, se recogen algunas ideas que surgieron en torno a la participación en agrupaciones feministas. Itziar³⁵⁹, activista y liberada de una de ellas, señala que esta situación de constante relación con el discurso y la práctica feminista ha sido imprescindible en su recuperación, porque el cuestionamiento sobre la categoría de género propio de este movimiento le permitió una relación con lo corporal y lo emocional distinta y supuso facilidades para el cambio necesario en la recuperación. Por su parte, Patricia³⁶⁰, que durante varios meses participó en un grupo de autodefensa feminista, comenta que esta experiencia le permitió una gestión del miedo y la rabia distinta, y que le otorgaba un mayor bienestar.

7. 1. 4. Comunicación con las otras: habla y escritura

En este grupo he incluido aquellas prácticas que tienen por objetivo principal la comunicación entre personas, tales como hablar y escribir, pero sin que sea con una finalidad estética o artística, y la razón mayoritaria que han dado todas las personas que emplean o emplearon estas prácticas es la expresión pública de su malestar. Además, cabe señalar una diferencia notable por género: sólo uno de los hombres, frente al total de las mujeres que participan en la investigación, han señalado este tipo de actividades como importantes para su recuperación.

Para estas personas poder comunicar en su entorno las experiencias que han vivido, ya sea mediante el habla o la escritura (no literaria), les ayuda a ordenar sus ideas “*para poder pasar a la acción*”, como comenta Carla³⁶¹. También señalan que les ayuda a

³⁵⁸ Barcelona, 40.

³⁵⁹ Gipuzkoa, 31.

³⁶⁰ Araba/Álava, 38.

³⁶¹ Girona, 43.

liberarse de una carga que hasta entonces sólo ellas conocían, traspasando al espacio de lo común la existencia de ese sufrimiento, y de esta forma, como indica Helena³⁶², su entorno supo de ese malestar, lo reconoció como real, y ella se sintió de nuevo parte de ese grupo relacional.

En cuanto a estas acciones comunicativas, Ainhoa³⁶³ señala que no siempre ha sido fácil expresar lo que sentía o pensaba. Según comenta, la manera de comunicarse variaba mucho dependiendo de su momento vital, y había veces que la rabia o el enfado estaban muy presente en esta interacción con su entorno, y otras veces quizás había tristeza o miedo. Para ella siempre fue un alivio poder compartirlo con otras personas, pero la reacción de la(s) interlocutora(s) variaba enormemente frente a cada emoción, y algunas veces se crearon conflictos o desavenencias.

Por último, en el análisis de este tipo de prácticas fue complicado seleccionar los momentos en los que se pusieron en marcha sin la implicación de alguno de los dispositivos propios de la psicobiopolítica. Tal y como se comentó en el quinto capítulo, el discurso terapéutico se basa, entre otras cosas, en la necesidad constante de narrar la propia experiencia. Así, aunque como investigadora intenté crear una diferencia entre las actividades comunicativas generadas por esta doctrina biopolítica y las producidas al margen de las mismas, debo decir que es una división artificial, y seguramente imposible de realizar. Por otro lado, quizás el condicionamiento de género que existe en este tipo de actividad, está relacionado con el dispositivo biopolítico de la terapeutización que, como ya se señaló, está mucho más expandido entre las mujeres.

7. 1. 5. Deportes

Las actividades de tipo deportivo han resultado ser muy comunes. En este apartado están incluidas todas aquellas que tienen como finalidad el entrenamiento físico. Por tanto, si una persona comenta que pasea para “*mantenerse en forma*”, esa actividad se verá reflejada como actividad deportiva, pero si asegura que para ella pasear es un momento de contemplación del paisaje, estará entonces categorizada en ese grupo de contactos con la naturaleza.

Por otra parte, también tuve que decidir si algunas actividades que pueden considerarse de tipo *New Age*, como por ejemplo el yoga o el pilates, que están muy generalizadas a día de hoy, son o no actividades deportivas en algunos casos. En relación a esta cuestión, si para la persona el significado de esas actividades contenía algún elemento relacionado con la espiritualidad, las agrupé en la etiqueta de “*New Age y MACs*”, y si el significado estaba sólo dirigido al entrenamiento físico están en el presente grupo.

³⁶² Lleida, 55.

³⁶³ Araba/Álava, 33.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, son bastantes las personas que han señalado el deporte como una ayuda para su recuperación, sin grandes diferencias por edad, género o clase. Además, se han mencionado actividades tan dispares como natación, paseos, atletismo, piragüismo, pilates, danza, aquagym, o ejercicios con máquinas de musculación.

Una de las razones por las que ayudan a la recuperación es que son prácticas que liberan tensión acumulada; por ejemplo Itziar³⁶⁴ comenta que cada palazo que daba en el frontón “era para mí como echar, y además luego no vuelve”. Andreu³⁶⁵, hablando sobre ir en bicicleta o hacer senderismo, comenta lo siguiente: “Passar la tensió del cap al cos, diguéssim, del cervell, o del pensament, a les cames”³⁶⁶. Es decir, hacer ejercicio físico permite soltar la energía física que se va acumulando con el sufrimiento frente a alguna situación vivida.

Otra de las razones viene de parte de Joana³⁶⁷, que dice sentirse “obsesionada” con este grupo de actividades. Ella empezó haciendo todo tipo de deportes porque quería estar más delgada, pero luego se convirtió en una rutina obligada; si no hacía ejercicio físico, le producía mucho malestar, ya que resultó ser un remedio contra su constante cansancio. A Joana el deporte le aporta energía, y según comenta, nunca se despierta del todo hasta que hace algún ejercicio de estas características.

Pero cuando acompaño a Joana al gimnasio no veo que sus gestos y sus palabras sean de placer, más bien veo esfuerzo y resignación, resopla y hasta maldice durante alguno de los ejercicios. Y no es la única. Todas las personas comentan que el hecho en sí de hacer deporte es un sufrimiento pero que, cuando se termina la actividad, esa sensación se convierte en goce y aparece el bienestar. Amets³⁶⁸ relaciona esta cuestión con la existencia de un mandato cultural de ocio a través del deporte, algo que él vivió intensamente mientras preparaba el examen de acceso al MIR, y que según comenta, le acarreó mucho sufrimiento, y no tantos beneficios.

7. 1. 6. Encuentros y relaciones sexoafectivas

En este subapartado incluyo las prácticas que se relacionan con la actividad sexual en sus diferentes momentos y elementos que la componen. Así, he agrupado acciones que corresponden a la seducción, al acto sexual como tal, a la ruptura de pareja, etc. Claramente el deseo sexual actúa como impulso para una acción de este tipo, o en todo caso, así es relatado por las participantes. Es decir, el placer sexo-afectivo está facilitando la recuperación en depresiones, por lo menos para algunos hombres y para pocas mujeres

³⁶⁴ Gipuzkoa, 31.

³⁶⁵ Girona, 43.

³⁶⁶ *Passar la tensió de la cabeza al cuerpo, como si dijésemos, del cerebro o los pensamientos a las piernas.*

³⁶⁷ Bizkaia, 31.

³⁶⁸ Gipuzkoa, 27.

participantes de la investigación.

Por ejemplo, Andreu³⁶⁹ sufrió durante años la homofobia de su contexto, que lo empujaba a intentar ocultar (también para sí mismo) su orientación homosexual. A sus treinta y pocos años comienza un nuevo trabajo donde alguno de los compañeros también son gays. Esta situación le ayuda a “salir del armario” y comienza con una relación sexoafectiva que perdura a día de hoy. Cómo él mismo comenta, la vivencia “*tranquila*” de su orientación sexual y la puesta en práctica de su deseo han sido elementos imprescindibles en su recuperación.

Joana³⁷⁰ también señala este grupo de prácticas como centrales en su proceso de salud-enfermedad-atención. Según comenta, su cotidiano ha estado muy marcado por el comienzo y las rupturas de parejas, pero además por un deseo constante de practicar sexo. En los momentos en que la depresión se manifestó de forma intensa Joana perdió este deseo, pero enseguida buscaba de nuevo la estimulación sexual, ya fuera masturbándose o teniendo relaciones sexuales con otras personas. Como ella misma dice “*aparte de comer, dormir y salir, el sexo es lo único que hacía*”. Sin embargo, durante todo este período de una vida sexual tan intensa, Joana difícilmente llegaba al orgasmo, y aquello que ayudaba para su recuperación era una sensación de intensa emoción o de tener más energía física después de la práctica.

7. 1. 7. *El cultivo de la estética*

Algunas personas, todas ellas mujeres con edades comprendidas entre los treinta y los sesenta y cuatro, han señalado que maquillarse, ponerse determinada ropa, adelgazar, o cambiar su peinado fueron actividades que facilitaron su recuperación en depresiones.

Concretamente, Helena³⁷¹ comenta que ponerse falda fue para ella un símbolo de que su recuperación estaba en marcha. Según explica, este atuendo le permitió sentirse a gusto con su cuerpo, y esto ayudó en su proceso de empoderamiento frente al malestar. Pilar³⁷² comenta lo mismo en cuanto al maquillaje.

Por otra parte, María³⁷³ hace mención a que para ella fue de ayuda cambiar el color de su ropa, que siempre había sido muy oscura, por “*colores más alegres*”. O Ainhoa³⁷⁴, que sufre de alopecia, siempre tapa su calvicie con pañuelos de colores muy vivos, puesto que para ella es importante “*sentirse guapa*”.

³⁶⁹ Girona, 43.

³⁷⁰ Bizkaia, 31.

³⁷¹ Lleida, 55.

³⁷² Bizkaia, 48.

³⁷³ Girona, 43.

³⁷⁴ Araba/Álava, 33.

7. 1. 8. Los cuidados de las otras: actividades reproductivas

Bastantes mujeres, la mayoría de ellas cerca de los cincuenta o sesenta años, han señalado las actividades de cuidado hacía otras personas como imprescindibles para activar y mantener su recuperación en depresiones. Por ejemplo Pilar³⁷⁵ dice que para ella ha sido fundamental tener un hijo menor a su cargo, porque le obliga a mantenerse activa, ya que tiene que limpiar la casa, hacer la compra o preparar la comida. Cuando acompaño a Pilar en la realización de estas tareas (ir al mercado, cocinar, etc.), varias veces señala que todas estas actividades las hace por su hijo, que sin él no hubiera tenido motivo para seguir viviendo, y que son su excusa para levantarse diariamente de la cama.

Esta relación con los cuidados hacia las otras personas y la recuperación que menciona Pilar es también muy central en los relatos de Inma, Rocío y Helena, todas de más de cincuenta años.

Por su parte, Anna³⁷⁶ comenta que durante un tiempo estuvo ejerciendo prácticas de sanación con amigas y personas cercanas, mediante una técnica de imposición de manos que aprendió en un viaje a la India. Para Anna, esa situación supuso un momento clave en su recuperación porque le permitió sentirse útil para los demás, y capaz de hacer cosas que ayudaran en el cuidado de su entorno cercano.

Por otro lado, Amets³⁷⁷ es el único hombre que menciona las tareas reproductivas como importantes para su recuperación, pero sólo se refiere a aquellas enfocadas al cuidado de sí mismo y no a las que cubren las necesidades de otras personas. Por ejemplo, comenta que ducharse o asearse le proporcionaba mucho placer, y que fueron pequeños “empujones” para su recuperación.

7. 1. 9. Naturaleza: contacto con el medio ambiente

Algunas de las personas han señalado de forma explícita que actividades relacionadas con el contacto con la naturaleza facilitaron su recuperación. Se refieren, por ejemplo a paseos por el campo o el monte, tomar el sol, baños de mar, andar descalza sobre la tierra, o montar a caballo.

A Iban³⁷⁸ le acompañé varias veces a los baños en el mar Cantábrico que tiene por costumbre tomar durante todo el año porque, según dice, es una actividad que realiza dos o tres veces a la semana desde su última depresión como una forma de evitar recaídas. Una de las veces que quedamos en diciembre, yo estuve esperando en un banco del paseo de la playa de la Concha con el abrigo de invierno puesto, mientras él se bañaba.

³⁷⁵ Bizkaia, 48.

³⁷⁶ Barcelona, 37.

³⁷⁷ Gipuzkoa, 27.

³⁷⁸ Gipuzkoa, 48.

Dice que sumergirse en el agua fría y jugar con las olas del mar³⁷⁹ inunda todo su cuerpo de una sensación muy intensa a la que no sabe poner palabras, y lo relaciona con su bienestar y el placer. Itziar³⁸⁰, por su parte, habla de los baños en el agua (ya sea mar o piscina) como de momentos de seguridad para ella.

También Itziar habla de que estar en la naturaleza en general (y no sólo bajo el agua) es para ella un momento de contemplación, donde su cuerpo se hace más presente a partir de los estímulos que llegan por los diferentes sentidos (oír, ver, oler, etc.). Esta idea es igualmente recogida por Marta³⁸¹, que se trasladó a vivir a una casa en el campo, donde estuvo varios años cuidando de varios animales y de una huerta, y donde además daba largos paseos descalza para sentir la tierra bajos sus pies. Ella decía: “*Me abrió mi sensibilidad. Y claro, ahí no había nada de intelecto, ni de pensar, ni de hacer, ni ser mejor que nadie. Entonces claro, eso me permitió... pues otra... Me permitió otra experiencia de vida*”.

Andreu³⁸² además, habla de pasear por el campo como una práctica frecuente que puso en marcha durante su depresión porque le llenaba de “*energía*” y le proporcionaba mucha tranquilidad.

7. 1. 10. Terapias New Age y Medicinas Alternativas Complementarias

Dentro de este grupo, y siguiendo las ideas y la clasificación de Riccò (2017), he incluido todas aquellas prácticas corporales que se encuadran dentro del movimiento *New Age*, o de las MACs, o todas aquellas que quedan en un espacio compartido entre ambas clasificaciones.

Es importante señalar que este grupo de prácticas es muy frecuente en la mayoría de procesos de recuperación, ya que bastantes personas señalan estas prácticas, no sólo como imprescindibles en su recuperación, sino como elementos centrales para la misma. Entre ellas predominan las mujeres, y la mayoría tienen menos de cincuenta años. También la clase social marca algunas diferencias, porque tal y como algunas de las participantes comentan, sólo podían acudir a estas actividades en los momentos que tenían mayores ingresos económicos. Esta relación del grupo socioeconómico y de la socialización de género con las formas de espiritualidad contemporánea, ya se anotó en el apartado sobre psicopolíticas en el quinto capítulo.

Una de las características de esta agrupación de actividades es que es muy heterogénea, incluyendo prácticas muy diversas. Por ejemplo Anna³⁸³, durante nuestros encuentros

³⁷⁹ En la costa cantábrica es frecuente ver a personas que se bañan en el mar durante casi todo el año.

³⁸⁰ Gipuzkoa, 31.

³⁸¹ Girona, 55.

³⁸² Girona, 43.

³⁸³ Barcelona, 37.

nombró todas estas como parte de su recuperación: reiki, acupuntura, yoga, regresiones³⁸⁴, diafreoterapia, danzaterapia, movimiento auténtico³⁸⁵, plantas maestras³⁸⁶, cristaloterapia, energías irracionales³⁸⁷, cuencos tibetanos, constelaciones familiares, círculo de mujeres³⁸⁸, comunicación no violenta³⁸⁹, meditación, medicina china, osteopatía, tarot femenino, e individuación.

Anna comenta que este tipo de prácticas han sido de gran ayuda para su recuperación por varias razones. Por una parte, le han permitido un (auto)conocimiento de lo corporal y lo emocional que le otorga un mayor control de su estado de ánimo y los procesos físicos en las diferentes situaciones de su vida. Por otro lado, encontró nuevos sentidos a su vida, es decir, descubrió otras cosmogonías compartidas con las que orientar su propia existencia. Además, relacionado con lo anterior, un tercer motivo es que determinadas prácticas corporales, como los círculos de mujeres o el movimiento auténtico, han sido imprescindibles para “*encontrarme como mujer desde el lugar de la feminidad*”.

Por otra parte, Marta, que también tiene un relato de su proceso de salud-enfermedad-atención muy centrado en este tipo de prácticas, señala que para ella han sido una forma de entender lo que le sucedía desde una nueva óptica. Por ejemplo, cuando le pregunto cómo las constelaciones familiares facilitaron su recuperación, comenta:

¡Ahora entiendo todo lo que me pasa! ¡Lo entendí todo! Pero vi una cantidad de trabajo que digo -¡buf! Yo esto no lo acabo ni en siete vidas [se ríe]-, porque vi una de trabajo: de dinámicas con mi mamá, con mi papá... Y claro, con mis hijos. Entendí qué me había pasado con mi ex marido, entendí tantas cosas aquel día... Pensé: -¿ves? Sí es real. Lo que pasa que yo no sé explicarlo- (Marta, Girona, 55)

Marta también señala que a ella, determinadas actividades de tipo *New Age* (constelaciones, regresiones, renacimiento³⁹⁰, o programación neurolingüística³⁹¹) le han propiciado otra forma de ver el mundo, además de ayudarle a dar sentido a su propia experiencia, ya que estos nuevos marcos de referencia eran compartidos con una

³⁸⁴ Se trata de una técnica basada en la hipnosis, y que tiene por objetivo recordar y revivir algún elemento del pasado, incluido lo que supuestamente aconteció en otras vidas, apoyada en la idea de la reencarnación.

³⁸⁵ Según explica la propia Anna (Barcelona, 37), consiste en el movimiento corporal provocado normalmente por otra persona, y con la idea de “*dejarse mover*” se va explorando la propia “*esencia*” o el verdadero yo.

³⁸⁶ Terapia a base de plantas llamadas “sagradas”, buscando la revelación del conocimiento de una misma.

³⁸⁷ Aplicación de la “Teoría racional emotiva” de Albert Ellis (1962), uno de los psicólogos fundadores del cognitivismo en esta disciplina académica.

³⁸⁸ Una forma de encuentro entre mujeres, que a veces está dinamizada por una persona en concreto y otras se dirige de manera grupal, en la que se comparten experiencias individuales con el resto, con el objetivo de realizar un viaje introspectivo hacia una misma en compañía de otras mujeres. Una agrupación que suele darse en los días de luna llena, y donde la ideología de la feminidad está muy relacionada con el propio ciclo menstrual.

³⁸⁹ Desarrollada por el también psicólogo Marshall Rosenberg (2006), se trata de una forma de comunicar con las otras personas basada en el reconocimiento de las necesidades ajenas y propias, además de enfatizar los sentimientos de compasión y empatía como vínculos interpersonales.

³⁹⁰ Práctica que consiste en ejercitar una forma de respiración concreta, con el objetivo del autoconocimiento y la regeneración energética.

³⁹¹ Terapéutica basada en una conexión entre el ámbito neurológico, el lingüístico, y los patrones aprendidos por aprendizaje. Sostiene que, modificando determinados pensamientos podemos también modificar la realidad, porque ésta no es más que la construcción o representación que hacemos de ella.

comunidad, de la que empezó a formar parte. Hay que señalar, que varias veces durante los acompañamientos Marta insistió en la importancia que para ella tiene que otras personas tengan una visión de la vida parecida a la que ella sostiene; muy centrada en la influencia de las energías y de la sensibilidad que tenemos frente a ellas³⁹².

Aparte de lo sugerido por Anna o por Marta, Ainhoa³⁹³ comenta que el tai-chi o el yoga, así como una dieta macrobiótica, le han permitido una visión y una sensación más holística de su propia existencia en general y de su proceso de recuperación en particular. No sólo en Ainhoa, también entre otras participantes, son frecuentes las frases que describen las prácticas *New Age* o de las MACs como formas de “*unir la mente con el cuerpo*” o de “*tener en cuenta también mi cuerpo, tener en cuenta todo*”³⁹⁴.

Por último, además de todas estas razones señaladas hasta ahora, muchas de las personas participantes en esta investigación sostienen que este tipo de actividades “*les hace sentirse bien*”, es decir, que son acciones que les otorgan placer o una sensación de bienestar después de llevarlas a cabo, y que por eso ayudaron en su recuperación.

7. 1. 11. Sustancias psicoactivas: consumo y evitación

La ingesta puntual o continuada de determinadas sustancias psicoactivas diferentes de los psicofármacos, como marihuana, alcohol, cafeína, anfetaminas, heroína, etc., es una práctica común para alguna de las participantes (tres hombres y dos mujeres, todos menores de cuarenta años) para facilitar su recuperación. Por el contrario, otras personas han señalado la evitación de este tipo de sustancias como fundamental en su recuperación.

En cuanto al primer grupo, el de aquellas personas que consumieron alguna sustancia, por ejemplo, Anna³⁹⁵ fue consumidora de varias drogas sintéticas durante años, y esto propició muchos momentos de placer, le proporcionaba la energía física de la que carecía en los momentos de depresión, y le permitió disimular su malestar y por tanto, no recibir un diagnóstico médico que le podría haber generado más sufrimiento.

Andrea³⁹⁶, por su parte, fue consumidor de *ayawasca* durante tiempo. Al principio era una práctica que formaba parte de un ritual colectivo, dirigido por un chamán y compartido con un grupo de personas desconocidas, pero con el mismo objetivo de sanación que él. Sin embargo, por razones económicas, siguió realizando el consumo de esta sustancia de forma individual y privada en su casa, donde él mismo se preparaba las tomas y decidía cuándo y cómo ingerirlas. Señala que la *ayawasca* es un potente antidepresivo que él ha

³⁹² Cuestión que puede estar relacionada con que, tanto Marta como Anna, algunas veces denominan a su proceso de depresión como “*crisis espiritual*” o “*crisis energética*”.

³⁹³ Araba/Álava, 33.

³⁹⁴ Sobre la importancia de lo holístico, tanto en las prácticas de tipo *New Age* como en las MACs, ver el apartado sobre las mismas en el capítulo relacionado con las biopolíticas.

³⁹⁵ Barcelona, 37.

³⁹⁶ Barcelona, 40.

empleado como sustituto de la psicofarmacología, y que además generaba la visualización de escenas de su propia vida con las que luego podía hacer un análisis personal de su pasado, que él mismo señala como imprescindible para su recuperación.

Por otro lado, Itziar³⁹⁷ comenta que dejó de beber alcohol durante algunos meses como parte de su proceso de recuperación, porque los efectos de esta sustancia no le permitían controlar las emociones o sensaciones que la inundaban, y esto le provocaba mayor malestar. Esto contrasta con el relato de Joana³⁹⁸, para la que la ingesta de alcohol le permitía abandonar el control constante que tenía de sus emociones durante algunos períodos y disfrutar además situaciones divertidas con sus amigas.

7. 1. 12. Trabajo asalariado y el ámbito de lo laboral

Este grupo de prácticas corporales también han tenido un protagonismo destacado en casi todos los procesos de recuperación de las personas entrevistadas, sobre todo entre los hombres. Este tipo de actividades, por lo general, se relacionan con un sentido de utilidad sobre lo que se hace, es decir, con un sentido para la vida e incluso, en algunos casos, tal y como comenta Marta³⁹⁹, le ha permitido ver *“quién soy yo”*. Es decir, para esta gironesa su recuperación también se ha visto facilitada cuando comienza a darle valor a los trabajos asalariados que realiza -consteladora familiar y cuidadora de personas ancianas-, y que se van convirtiendo en algo central de su propia identidad.

De la misma manera, Andreu⁴⁰⁰ cuando comienza a trabajar en puestos profesionales directamente relacionados con la formación académica que tiene, su recuperación se ve reforzada porque realmente hacía algo que le gustaba. Pero además, concentrarse en algo que le gusta le permite desconectar del sufrimiento generado por el sistema socioeconómico en el que vivimos: *“amb aquests crits que hi ha al món, aquests crits vull dir, amb la globalització, les notícies, allò t'atabale i tal, en canvi treballo, vaig fent metòdic”*⁴⁰¹. Es decir, para él su trabajo como profesor de secundaria y como investigador por cuenta propia, le permite, por un lado, hacer actividades que le otorgan placer y gozo, y por otro un compromiso concreto con lo corporal que le evaden del sufrimiento social. Sobre esto último, también Patricia⁴⁰² comenta que el trabajo le permite *“tener la mente ocupada”* y hacer cosas que pueden ayudar a la construcción del común. Cuestión que de nuevo nos indica la noción de utilidad respecto a estas prácticas de tipo corporal.

³⁹⁷ Gipuzkoa, 31.

³⁹⁸ Bizkaia, 31.

³⁹⁹ Girona, 55.

⁴⁰⁰ Girona, 43.

⁴⁰¹ *Con estos gritos que hay en el mundo, estos gritos quiero decir, con la globalización, las noticias, eso te aturde. En cambio, trabajo, voy haciendo metódicamente.*

⁴⁰² Araba/Álava, 38.

Sin embargo, hay algunas voces discordantes con este discurso. Por ejemplo Iban⁴⁰³, asegura que durante su recuperación el trabajo asalariado fue un obstáculo pese a que él ejerce una profesión de su agrado. Iban señala la obligación de los horarios, o la necesidad de interaccionar con otras personas, como los mayores problemas que a él le generaban este tipo de prácticas durante su proceso de salud-enfermedad-atención. Algo de lo que también se queja Ainhoa⁴⁰⁴, que es profesora de euskera, cuando comenta que el gasto de energía puesto en esa tarea le dejaba agotada y no la permitía poner en marcha otras estrategias necesarias para su recuperación.

7. 1. 13. Viajes y cambios de residencia

Bastantes personas han señalado que los viajes a otros lugares o los cambios de residencia fueron actividades imprescindibles para su recuperación. Es decir, los desplazamientos temporales o definitivos del espacio físico y social habitual, generan una situación propicia para la generación de bienestar por varias razones.

La primera de ellas es la posibilidad de “escapar”, “salir” o “huir” de un entorno que se vive como perjudicial, para comenzar a formar parte de otro contexto menos dañino. Patricia⁴⁰⁵ varias veces ha llevado a cabo estancias en el extranjero de algunos años como una forma de activar o mantener su recuperación, y según comenta, si bien en principio fueron estrategias para alejarse de su entorno familiar, posteriormente le permitieron contactos con contextos culturales distintos, y por tanto, conocer y compartir otras formas de entender y habitar el mundo.

Para Anna⁴⁰⁶, que también ha realizado viajes al extranjero de varios meses durante su proceso de salud-enfermedad-atención, estos encuentros con otras personas y cosmologías, le permitió incentivar grandes cambios en su vida, y pudo tomar decisiones importantes que hasta entonces no había sido capaz de tomar.

Igualmente, los cambios de residencia genera sensaciones o situaciones similares, en las que se conocen nuevos referentes, y por tanto, otras formas de actuar y habitar el mundo.

7. 1. 14. “No hacer nada”

Hasta ahora se han señalado aquellas actividades que se ponen en marcha para activar la recuperación, pero unos pocos participantes indicaron que en su proceso de salud-enfermedad-atención fue también importante no hacer ciertas cosas o rebajar la intensidad y frecuencia de sus acciones. Es decir, para algunas personas no se trata tanto de emprender nuevas prácticas corporales, sino por el contrario, dejar de realizarlas.

⁴⁰³ Gipuzkoa, 48.

⁴⁰⁴ Araba/Álava, 33.

⁴⁰⁵ Araba/Álava, 38.

⁴⁰⁶ Barcelona, 37.

Andreu⁴⁰⁷, por ejemplo, durante más de catorce meses estuvo postrado en una cama tras un intento de suicidio que resultó en múltiples lesiones. Para él este período de descanso e inactividad obligada le ayudó en la activación de su recuperación porque le permitió disponer de más tiempo para sí mismo, sin la necesidad de tener que ir a trabajar o de otras tareas necesarias hasta el momento que le impedían reordenar sus emociones y pensamientos.

Carlos⁴⁰⁸ comenta también que para su recuperación emprendió una tarea que consistía “en la *deconstrucción de demandas*”. Esto es, cada vez que iba a comenzar con una actividad se preguntaba si realmente quería o si era imprescindible para su supervivencia, intentando llegar a un estado de total inactividad durante horas y días. De esta forma, llegaba a un estado de mayor compromiso consigo mismo, donde su existencia se hacía más presente.

Itziar⁴⁰⁹, por su parte, comenta que los períodos en que conseguía parar su actividad, tanto activista como profesional, le permitían descubrir lo que sentía. Es decir, señala la inactivación como una forma de facilitar el auto-renocimiento corporal y emocional.

7. 2. (En)Actuación de las prácticas corporales en los procesos de recuperación

Las prácticas corporales que se han descrito en el anterior apartado, y que forman parte de la recuperación en depresiones, están afectando en la persona y su entorno de múltiples formas. Ya sea como estrategia a largo plazo o como táctica que se emplea en un momento concreto, las consecuencias que tienen son múltiples, y por tanto, la repercusión sobre los procesos de salud-enfermedad-atención también es muy diversa.

En este apartado presentaré cinco grandes ámbitos de influencia de este tipo de actividades sobre la recuperación en depresiones. La primera está relacionada con los conceptos de *trabajo corporal* (Wacquant, 2004) y *proyecto de reforma corporal* (Comaroff y Comaroff, 1991). La segunda de las influencias es que permiten una conexión con lo sensible y lo concreto que favorece la atención sobre lo corporal. La tercera está relacionada con la transformación identitaria, donde la performatividad de género juega un papel esencial. La cuarta es la generación de nuevos sentidos o significados compartidos. Y la quinta y última hace referencia a las sensaciones placenteras que generan este tipo de prácticas.

⁴⁰⁷ Girona, 43.

⁴⁰⁸ Bizkaia, 43.

⁴⁰⁹ Gipuzkoa, 31.

7. 2. 1. Reforma de las corporalidades y de lo social

Toda práctica supone un *trabajo corporal*, ya sea en mayor o menor medida. Este concepto fue propuesto por Wacquant (2004) para referirse al proceso de aprendizaje y entrenamiento que ocurría en las actividades deportivas, pero se podría extender al resto de prácticas mencionadas hasta ahora. Cómo ya se comentó en el capítulo sobre metodología, este término se refiere al conjunto de acciones programadas para el disciplinamiento del cuerpo, y operan a partir de su control y de su adecuación normas y marcos de acción estrictos. Son, en definitiva, una manipulación y un entrenamiento corporal y emocional dirigidos a generar cambios en las capacidades cognitivas, físicas, perceptivas o afectivas de las personas.

Por ejemplo, pensemos en las actividades asociadas a la estética. Para Helena⁴¹⁰, como se señaló anteriormente, ponerse falda le hace sentirse más a gusto en relación a su identidad de género. Y cuando la lleva puesta tendrá que andar y sentarse con las piernas más juntas o agacharse de una determinada forma, diferente siempre de lo que sucedería si vistiese con pantalones.

Otro buen ejemplo son la mayoría de prácticas de tipo *New Age*. Por ejemplo. Itziar señala la diafreoterapia como significativa para su recuperación, y cuando le pregunto qué le aporta, contesta:

Estás una hora respirando, pero claro, no sólo respiras. Se trabaja mucho también las posturas, de cómo caminas, cómo te sientas también... o sea, dicen que según cómo respiras, pues todo eso se puede recolocar, o sea, lo puedes recolocar, ir recolocando por lo menos. Y luego también soltar, o sea, todo lo que vamos tragando, soltarlo. Entonces a mí, era súper curioso, porque yo nunca he sabido gritar, no lo consigo, todavía no lo he conseguido. Pero, pues eso, la tía me daba un palo, y unos cojines, y tenía que darla a los cojines con todas mis fuerzas. Y claro, me daba como palo, ¿no?, a ver si se va a romper el palo, o los cojines, o no sé... Bueno, cogía el palo ella, y le daba unas hostias a los cojines, que yo me quedaba de piedra. Me gustaría llegar a eso. Y todo con la respiración, o sea, respirar y al soltar ¿cómo sueltas? Puedes soltar con aire, pero puedes soltar con un grito o con un gesto. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Yo misma he probado la diafreoterapia de forma continuada durante más de cuatro años, y puedo decir que mi fisicalidad ha cambiado: me siento más recta, mis rodillas se tuercen menos hacia adentro, mi mandíbula está menos apretada, etc. Pero también mi emocionalidad se ha transformado, y ahora, tras muchas sesiones de esta técnica, soy

⁴¹⁰ Barcelona, 55.

capaz de reconocer las diferentes manifestaciones y ejercer cierto grado de control sobre ellas. Es decir, la diafreoterapia permite, por medio de un trabajo corporal intenso, una mayor reflexividad corporizada, y además, como toda práctica *New Age*, potencia también el manejo de la misma⁴¹¹.

Todas estas situaciones recuerdan también el concepto de *proyecto de reforma corporal* propuesto por Jean y John Comaroff (1991) y que se refiere a cómo la materialidad física, - el *cuerpo somático*⁴¹² que diría Csordas (1994)- influye en lo social, o mejor dicho, cómo forma parte de esta misma entidad, y por tanto, como es agente de la historia en cuanto que proyecto colectivo. En este texto, Comaroff y Comaroff (1991) reaccionan ante una noción de lo corporal propia de la corriente (post)estructuralista, donde lo social crea al cuerpo, y por tanto, que aún define y trata la materialidad como “natural” y moldeada por lo cultural. En contraposición a esto, las autoras (ibídem) proponen tener en cuenta lo físico - la materialidad misma, su forma y la manera de estar en un espacio y tiempo concreto- como condicionante de lo social. Es decir, lo social no es algo aparte de lo corporal, sino que está siendo moldeado por lo corporal, y por tanto, las barreras entre uno y otro se hacen inservibles (ibídem).

La pregunta sería, por tanto, ¿cómo lo físico moldea lo social? Por una parte, porque nuestra materialidad como tal, por ejemplo la altura que tenemos o el color de nuestro pelo influye en las interacciones sociales, pero también con el espacio y tiempo que habitamos (ibídem). Y por otra parte, tal y como Comaroff y Comaroff (1991) señalan, la agencia, como capacidad de transformación de lo sociocultural, es física, porque es a través de nuestra corporalidad que somos capaces de generar cambios.

Para explicar esta cuestión emplearé el testimonio de Sergio⁴¹³, que durante más de un año fingió que tenía una depresión para poder ganar una querrela judicial con la empresa para la que trabajaba. Este gironés residente actualmente en un municipio barcelonés, tenía entonces veintiséis años, y al ver en riesgo sus derechos laborales comenzó una demanda laboral. Su abogado le aconsejó fingir una depresión para poder ganar la batalla judicial, y así fue como Sergio comenzó a recrear un “*personaje*”, tal y como él lo denomina, durante más de un año y para casi todo su entorno; sólo su abogado, su padre, su madre y cuatro o cinco amistades muy íntimas sabían la verdad. El resto de personas, incluido las/os diferentes profesionales de salud que le atendieron, creían que su dramatización se correspondía con la realidad.

⁴¹¹ Esta cuestión se comentó en el apartado sobre psicobiopolíticas del quinto capítulo.

⁴¹² La noción de “cuerpo somático” fue desarrollada en la obra de Csordas (1993), y que Esteban (2015:84) formula como: “Situaciones donde la corporalidad se dispone, relaciona y compromete existencialmente en su presencia sensible e (inter)subjetiva con el mundo, prestando atención a las maneras mediante las cuales atendemos con y al cuerpo, que no son ni arbitrarias ni biológicamente determinadas, sino culturalmente constituidas. Un cuerpo abierto siempre al entorno.”

⁴¹³ Nombre ficticio.

Para lograr “*entrar en su personaje*” dejó de salir de casa y de estar con gente, comenzó a comer en exceso y alimentos muy grasos para engordar (tal y como se espera de una persona que consume antidepressivos), se dejó crecer la barba y el cabello durante meses, cuando estaba con otras personas intentaba fijar su mirada en un punto perdido y recordar cosas tristes, inventaba ideaciones suicidas, etc. Todas estas prácticas físicas le llevaron a actuar una depresión, que a su vez era enactuada por su entorno. Un trabajo corporal que moldeaba la corporalidad de Sergio, pero también su realidad social y subjetiva, hasta tal punto que al final del año él mismo comenzó a creer que realmente estaba deprimido.

De igual forma, durante la recuperación, y por medio de un trabajo corporal concreto, se va creando y modificando una corporalidad también concreta que será nuestro soporte para estar-en-el-mundo, y por tanto, que determinará la forma en que interaccionamos y los cambios que se generan.

7. 2. 2. *Habitar lo corporal: ser y estar-en-el-mundo*

Tal y como vimos en el segundo capítulo sobre fenomenología, las depresiones para muchas personas suponen una desconexión con lo corporal y lo emocional, de tal forma, que los sujetos quedan desencarnados. Por tanto, no es difícil pensar que uno de las consecuencias más deseadas de las prácticas que estamos comentando sea la recuperación de esa corporalidad perdida.

Por ejemplo, como hemos visto en el apartado anterior sobre los diferentes tipos de actividades, muchas de las razones que se asocian con la puesta en práctica de las mismas es que permiten “*no pensar*”, “*desconectar de la cabeza*”, o como Andreu⁴¹⁴ comentaba “*passar la tensió del cap al cos*”⁴¹⁵. Igual que con los contactos con la naturaleza, que como Marta⁴¹⁶ comentaba, le permiten tener una mayor atención a lo corporal, en una experiencia donde lo mental no era tan central.

Si bien es cierto que el pensamiento también es cuerpo, nuestra sociedad occidental se caracteriza por un excesivo protagonismo de lo intelectual. Así, la mente se impone como la parte central y más necesaria, y el resto del cuerpo o el cuerpo como un todo pierden sentido. Por tanto, cuando al hacer deporte o al estar en la naturaleza dejamos de pensar, abrimos la puerta a otras experiencias no intelectuales que nos recuerdan el resto de nuestra materialidad.

Una materialidad que se va re-produciendo a partir de la experiencia sensible. En muchos de los relatos, las personas comentan que determinadas actividades les permiten sentir de

⁴¹⁴ Girona, 43.

⁴¹⁵ *Pasar la tensión de la cabeza al cuerpo.*

⁴¹⁶ Girona, 55.

forma más intensa, o simplemente volver a sentir emociones, sensaciones o afectos. Por ejemplo cuando Anna⁴¹⁷ escucha música, lo describe como una sensación de emocionarse de nuevo, algo que también encuentra con el consumo de drogas sintéticas, y que además le permite conectar con las otras personas desde el placer y la diversión, formando así parte de una “*comunidad sensorial compartida*” que es propia de las raves (Romaní, 1999:114).

Esto mismo también lo podemos ver reflejado cuando las personas hablan de los viajes que hacen fuera de sus contextos habituales como de una oportunidad para desconectar de su vida, y vivir con otro tiempo menos estricto que permite la contemplación. Como ya vimos en el capítulo sobre la recuperación y el bienestar, la contemplación aparece como imprescindible para conectar con una/o misma/o y el resto (Benjamin, 1989; Han, 2012), algo que también Itziar relaciona con los contactos con la naturaleza, cuando relata lo siguiente sobre los momentos en los que está frente al mar:

Pero es verdad que... bueno, pues yo lo he conseguido algunas veces: estar en la playa y... simplemente contemplar las olas, oír las... o sea, escuchar las olas. Eso es también estar con tu cuerpo, ¿no?, contigo misma. No lo he relacionado tan... o sea, no he sido tan consciente como -me voy a machacar, voy al gimnasio-, no ha sido eso. Ha sido más, -estate con tu cuerpo tranquila-. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Es decir, las actividades de las que hablamos permiten una conexión con lo sensible y lo concreto que favorece la atención sobre lo corporal, y de esta forma, como comenta también la propia Itziar, somos capaces de escuchar nuestras necesidades y deseos, y entonces, podemos atenderlos de mejor forma.

Por otra parte, y también relacionado con lo anterior, una cuestión que se nombra repetidas veces es que algunas prácticas te colman de energía, y permiten vencer la sensación de cansancio constante propia de las depresiones. Joana⁴¹⁸ relaciona esta recarga energética con el deporte, y Andreu⁴¹⁹ con los paseos contemplativos por la naturaleza. Anna⁴²⁰ comenta que alimentarse “*de forma saludable*” le llena de energía. Así, podríamos pensar que conectar con la parte sensible y habitar, por tanto, una corporalidad que siente y desea, está facilitando la recuperación de una fuerza erótica que nos dota del vigor necesario para la vida.

Es decir, no sólo se facilita la presencia de una corporalidad perdida, sino que se revitaliza la materialidad de la misma. Una cuestión que también está relacionada con la capacidad de acción de los sujetos, retomando aquí la noción de cuerpo agente que se mencionó en

⁴¹⁷ Barcelona, 37.

⁴¹⁸ Bizkaia, 31.

⁴¹⁹ Girona, 43.

⁴²⁰ Barcelona, 37.

el apartado de lentes etnográficas del primer capítulo. Por ejemplo, cuando las personas comentan que la acción de hablar ha facilitado su recuperación, lo explican en términos de una intervención sobre su entorno; ya sea porque les ha permitido hacer pública sus emociones, o porque de esta manera consiguen ejercer ciertas demandas, o porque les ayuda a ordenar las propias ideas para luego ejecutarlas. Pero en cualquiera de los casos, y tal y como Del Valle⁴²¹ señala, romper el silencio es transformar la realidad y supone, por tanto, o puede suponer, un ejercicio de empoderamiento.

Esta razón, por ejemplo, es muy parecida a la explicación que Pilar⁴²² sugiere sobre por qué los cuidados reproductivos que realiza diariamente facilitan su recuperación. Para ella, cocinar, limpiar o hacer la compra, le “inyectan” la fuerza necesaria para levantarse cada día de la cama, y generar así un espacio de seguridad y confort tanto para ella misma como para su hijo. Como Connell (2015:98) señala,

las prácticas que se reflejan en el cuerpo y que se derivan del mismo no se dan en el interior de los individuos. Involucran relaciones sociales y símbolos; y también pueden involucrar instituciones sociales a gran escala. [...] no sólo se forman vidas particulares, sino también mundo social.

Es decir, es con y a través de este tipo de actividades, que los sujetos encarnados entran en relación entre ellos y con el mundo, crean realidad y se transforman a sí mismos.

Pero no siempre serán una forma de relación que potencie la autonomía y el empoderamiento de la persona. Por ejemplo, llama la atención la relación de aparente sumisión que Andrea⁴²³ mantiene con los profesionales que le hacen el seguimiento de su régimen alimentario. Andrea por lo general, es una persona contestataria y muy crítica con el conjunto de profesionales de la salud, y muchas veces ha desatendido el consejo de médicos, como cuando dejó de tomar los psicofármacos recetados sin consultarlo con su psiquiatra. También dejó de asistir a los rituales de *ayawasca* guiados por un chamán y comenzó a realizar las tomas de forma autónoma en su casa. Sin embargo, con el tema del régimen es distinto, y él mismo asegura que hace todo lo que le dicen sin rechistar, pese a que muchas veces esto le genera un gran sufrimiento porque no puede comer aquello que desea. A este respecto, como Marta Allué (1996) sugiere, las/os profesionales de la salud suelen tratar a las personas usuarias de los servicios como cuerpos-objeto a los que manipular sin tener en cuenta que son sujetos con corporalidad y agencia, una situación que tantas veces provoca que las decisiones propias ni siquiera se comuniquen al profesional que nos atiende. Es decir, las prácticas corporales son herramientas para poner en juego la agencia, pero la situación del tablero de juego y las normas de esa coyuntura

⁴²¹ En el marco de una conversación informal que mantuve con la autora.

⁴²² Bizkaia, 48.

⁴²³ Barcelona, 40.

varían en los diferentes contextos.

Por tanto, y a modo de resumen, se podría asegurar que la puesta en marcha de estas actividades genera una corporalidad viva; es decir, sensible, deseante y dispuesta a la acción y a la interacción. Todos ellos elementos imprescindibles para la recuperación.

7. 2. 3. *Representación e identidad: ¿qué hacemos?*⁴²⁴

Otra de las cuestiones que aparecen tras los análisis es que el tipo y frecuencia de las prácticas puestas en marcha por el total de personas que han participado en la investigación están en relación directa con el género de quién las realiza. Es destacable que son las mujeres las que con más asiduidad refieren como imprescindibles para la recuperación de sus depresiones las actividades de tipo *New Age*, tales como pilates, yoga, constelaciones familiares, tai chi, terapia con cuencos tibetanos, etc. También son ellas las que señalan como importantes las tareas de cuidados reproductivos: compras en el mercado, limpieza del hogar, cuidado de personas dependientes, preparación de la comida para el resto de cohabitantes del hogar, etc. Además, las que hablan de las actividades de tipo deportivo (aeróbic, caminatas, gimnasia de mantenimiento, etc.) como imprescindibles para su recuperación en cuanto que mantienen su peso corporal estable y ayudan a mejorar su salud, según argumentan ellas mismas, lo mismo que ocurre con las prácticas encaminadas a generar cambios en la imagen corporal, que son sólo emprendidas por mujeres.

Mientras tanto, todos los hombres entrevistados señalaron como importantes para su recuperación las actividades de tipo laboral (acudir a su puesto de trabajo remunerado y realizar las tareas relativas al mismo). Y en cuanto a las actividades del ámbito de las artes y artesanías, también hay una diferencia por género destacable: cuando son disciplinas como el teatro, que obligan a una exposición pública, son mayoría hombres, mientras que cuando se trata de artesanías confeccionadas en el ámbito de lo doméstico (ganchillo, punto de cruz, etc.) son las mujeres las únicas que señalan su importancia para el propio proceso de salud-enfermedad-atención.

Con esta primera mirada general podríamos decir que el binarismo de género propio de una cultura heteropatriarcal se sigue reproduciendo también en los procesos de recuperación de una depresión. Es decir, y en relación a las experiencias recogidas en esta investigación, para los hombres el ámbito de lo productivo y de las relaciones sociales en el espacio público son los lugares principales donde desarrollan la mayoría de acciones que facilitan la recuperación de sus depresiones, y para las mujeres son las actividades que están ubicadas en el ámbito de lo reproductivo y los cuidados de las otras personas y de la

⁴²⁴ Parte del contenido de este apartado has sido publicado con anterioridad en Zapata (2018b).

propia imagen corporal.

Me gustaría detenerme en un caso etnográfico concreto que sirve de ejemplo para esta cuestión. El proceso de salud-enfermedad-atención de Patricia⁴²⁵ ha durado casi dos décadas, cuando a los dieciséis años, y tras ser violada por el chico que entonces era su pareja, comienza con una depresión que la aleja de todo su entorno y la sume en una desesperación y tristeza profunda. Patricia ha puesto numerosas estrategias en marcha para salir de esta situación: viajar al extranjero donde también residió durante varios años, tomar clases de yoga y pilates, acudir a diferentes terapias psicológicas, realizar deportes de riesgo, formarse en autodefensa, etc. Pero, como se comentó en el apartado de actividades artísticas, es el tango lo que le permitió alcanzar su total recuperación.

Desde el principio me pareció muy paradójico que fuera el tango la actividad señalada por Patricia como principal en su proceso de recuperación, teniendo en cuenta su historia de vida y que ella misma señaló una violación por parte de su novio de entonces como hito etiológico para su depresión. Y esto, porque la idea que yo tenía del tango a priori era la de un baile cargado de heteronormatividad hegemónica y patriarcal, y que así mismo se iba reproduciendo. Un espacio donde el hombre guiaba, mandaba y dirigía a su antojo el cuerpo de una mujer pasiva, que se dejaba manejar en este encuentro cargado de erotismo. Sin embargo, como señala Dolores Juliano Corregido (1998:52):

Aquí hay un equívoco: el tango es evidentemente un discurso masculino que habla insistentemente de las mujeres, pero a diferencia del discurso patriarcal más común, no lo hace desde una posición de poder. Por el contrario, el tema central del tango es el fracaso masculino en su intento de controlar (práctica y normativamente) a las mujeres. Archetti (1991: 285) caracteriza el ambiente en que se genera el tango como uno de «mujeres fuera de control, escapando de sus casas y entrando en el mundo público de los hombres con libertad y autonomía».

Si atendemos a lo propuesto por esta autora (Juliano, 1991; 1998), el tango (y sus letras), al menos en origen, es un arte -música y danza- popular⁴²⁶, que podría tener varias finalidades. Una devendría del intento de los hombres de explicar la pérdida de control sobre las mujeres. La segunda sería como forma de seducción utilizada por los hombres ante las mujeres, a las que además se les impugnaba con un discurso moralizador. Y una tercera finalidad podría ser como vehículo para la elaboración de nuevas masculinidades.

⁴²⁵ Araba/Álava, 38.

⁴²⁶ El origen del tango, a finales del s. XIX, se ubica en zonas de costa de Argentina y Uruguay que contaban con grandes puertos mercantiles. Surgió en poblaciones marcadas por una heterogeneidad étnica debida a las diferentes olas de migración, tanto las propiciadas durante siglos por las colonias y que procedían en su mayor parte desde diferentes lugares de África, como las que llegaron de Europa con la gran migración de finales del s. XIX y principios del s. XX. Esta situación supuso una composición social por género muy desigual, pues la mayoría de la migración eran hombres jóvenes. Y como Juliano (1991:127-128) señala, esta situación de inferioridad numérica de las mujeres facilitó que pudieran gozar de una mayor libertad de elección de sus parejas, además de otras cuestiones que aumentaron su autonomía. Una realidad que queda reflejada en las letras de los tangos.

Esta aproximación al tango, junto a la primera reflexión sobre el binarismo de género aparente en la elección de las actividades, recuerdan la noción de práctica corporal defendida por Muñiz (2014) a la que caracteriza con una “*vocación performativa*”, que las convierte en dispositivos para la producción y reproducción del orden hegemónico, con dos dimensiones de actuación: una disciplinaria que se despliega sobre el sujeto, y una segunda dimensión regulatoria sobre el conjunto de la sociedad. Esta misma autora, recogiendo algunas aportaciones de Butler (2002) sobre los procesos de materialización del género, defiende la idea de cómo este tipo de prácticas, a partir de su efectividad performativa, son capaces de producir sujetos/cuerpos generizados por medio de la repetición y la ritualización, en relación con una normativa contextual e histórica concreta. Pero de igual forma, esta necesaria repetición hace posible que existan grietas para desestabilizar lo esperado.

Durante el trabajo de campo, muchas situaciones en el tango me parecían representaciones perfectas de la heteronormatividad hegemónica. Por ejemplo, las parejas de baile siempre fueron de hombre y mujer, y la vestimenta estaba muy diferenciada por género: ellas siempre con vestido o falda, escotes y sandalias con tacones de entre 4 y 8 cm., y ellos con camisa, pantalones y zapatos de cordones con un pequeño tacón que nunca supera los 2-3 cm. Pero, además, en las milongas hay otras muchas cuestiones que son ritualizadas, y quizás son exageradas, porque el tango de la Europa Occidental de hoy en día no deja de ser una *performance* de lo que fue la expresión original de una cultura popular de determinadas zonas de Argentina y Uruguay. Veamos, por ejemplo, lo que Patricia dice sobre el momento de comenzar a bailar, durante la cortina -el tiempo entre canciones-, cuando se forman las parejas para el baile, y que posteriormente quedó recogido en mi cuaderno de campo de la siguiente manera:

Normalmente es el chico el que invita a bailar. Es de forma sutil, con miradas que incluso pueden cruzar la sala, y que se encuentran demostrando así interés. Él hace un gesto con la cabeza, levantando suavemente el mentón. Ella puede mirar a otro lado para decir que no, o asentir para decir que sí. También puede ser al revés, que la chica invite al chico, pero es menos habitual. En esta milonga, que es más familiar y en un bar pequeño, se pregunta directamente si quieres bailar. Patricia me dice que esto es más incómodo si vas a decir que no, porque igual el chico se cruza la pista para obtener una negativa. Pero ella dice que ha aprendido a decir que no, que al principio le costaba y bailaba con todos, pero que luego tenía problemas de espalda porque la guiaban mal y tenía que ir al fisioterapeuta. Así que por salud aprendió a decir que no. Me explica lo difícil que es decir que no, que cuesta, pero que es importante y que esto es una cosa que ha aprendido con el tango. Luego comenta que a las mujeres nos educan en la complacencia y en decir que sí a todo, y que eso

está fatal. (Diario de campo: 05/05/2015)

Como vemos en este extracto, por una parte, el tango está reproduciendo algunas cuestiones (el hombre es el que da comienzo al encuentro erótico, y a las mujeres les cuesta decir que no) que sugieren que esta práctica es generadora de materialidades -y por tanto, identidades- de género hegemónicas. Pero, sin embargo, para Patricia también ha sido una manera de experimentar otras formas de actuación y discursos, que le ayudan a subvertir esas mismas materialidades de género, y por tanto, a reconfigurar su propia identidad sexual y de género. Desde la metáfora de vida que para ella ha sido la pista de baile de una milonga de tango, consigue darse cuenta de que se enferma porque algunos hombres se extralimitan (van más allá de los límites soportables para ella) y no son cuidadosos con su salud. Aprender a decir que no, poner límites claros a partir de lo que desea y necesita ella, ha sido un gran descubrimiento que más tarde extrapola al resto de ámbitos de su vida, reconfigurando así su propia identidad. Y como ella señala, esta es una cuestión feminista, dado que a las mujeres se nos socializa en una complacencia hacia el/la otro/a en retraimiento de nuestras propias necesidades y deseos.

Tal y como se comentaba en el capítulo sobre recuperación y bienestar, los procesos de salud-enfermedad-atención, en el caso de la depresión, desembocan en una transformación identitaria, como resultado de la crisis vital que se atraviesa y estrechamente relacionado con la noción de recuperación que se maneja en esta investigación. Por tanto, si ciertas actividades están favoreciendo estos procesos, también sus consecuencias deben estar ubicadas en este ámbito, el identitario (que inevitablemente nos lleva a pensar sobre el género).

Sin embargo, y al contrario de lo previsto como parte de las hipótesis iniciales, este proceso de cuestionamiento de la propia vivencia y subjetividad de género no siempre supone una transformación feminista. Es decir, los cambios que las prácticas llevadas a cabo propician en este ámbito, muchas veces están reproduciendo una vivencia normativa y hegemónica de género y generando las desigualdades propias del heteropatriarcado. Pero, como se ha mostrado con el caso de Patricia, esta relación entre normatividad y disidencia es compleja, y pueden darse ambas situaciones en un mismo proceso de recuperación. Por tanto, aunque podemos asegurar que las prácticas están facilitando la recuperación en depresiones, en cuanto que alimentan el cuestionamiento y nuevas performatividades de género, no podemos afirmar que esta transformación identitaria sea siempre en un sentido feminista.

Sobre esta misma cuestión, también es importante anotar lo que está pasando en el caso de los hombres que han participado en esta investigación. Cinco de ellos tienen un relato muy marcado por las actividades de tipo productivo como importantes para su

recuperación: Josep⁴²⁷ con las labores en su taller de carpintería, Amets⁴²⁸ con la preparación del segundo intento de aprobar el examen de acceso a una plaza de MIR, Carlos⁴²⁹ con la búsqueda de una nueva profesión -la de terapeuta Gestalt- que además le obliga a una nueva relación con lo corporal, Andreu⁴³⁰ con la escritura de su tesis doctoral y comenzando a trabajar como profesor de secundaria, y Andrea⁴³¹, que incluso dedica su tiempo de ocio a tareas productivas de la asociación de la que forma parte y que él mismo se define como adicto al trabajo. Esto contrasta con el relato de las cuatro mujeres de mayor edad: Helena, Inma, Pilar y Rocío. Todas ellas señalan las actividades de cuidados hacia las otras personas como imprescindibles y centrales en sus procesos de recuperación⁴³².

Así, una vez más, vemos como las prácticas corporales son ontogenéticas y ontoformativas de la identidad en general, y de la de género en particular -si es que estas dos entidades pueden diferenciarse-. Por tanto, podemos entender que una de sus influencias sobre los procesos de recuperación es la facilitación de la transformación identitaria propia de estas experiencias.

7. 2. 4. El horizonte compartido: ¿vivir para qué?

Otro de las consecuencias para la recuperación de la activación de las diferentes prácticas corporales es encontrar un sentido para la vida. Si pensamos que las depresiones se caracterizan por la pérdida de un horizonte compartido, propia de una crisis de la presencia, la puesta en marcha de determinadas actividades están ayudando a “recuperar” el motivo de la existencia, tan necesaria para el bienestar.

Volviendo a las prácticas de tipo productivo, si bien es cierto que en el relato de cinco de los seis hombres son muy centrales, también lo es que para muchas de las mujeres las actividades laborales generan una sensación de utilidad con lo que se hace, que nos lleva a pensar nuestras sociedades como basadas en lo productivo. Tal y como advierten algunas economistas feministas (Carrasco, 2017; Pérez-Orozco, 2014), en occidente vivimos bajo un sistema socioeconómico de tipo capitalista, donde lo productivo goza de un lugar de privilegio en nuestra escala de valores, que contrasta con la situación de minusvaloración de lo reproductivo. Así, que la mayoría de personas participantes señalen su actividad laboral como imprescindible para su recuperación, y además otorguen razones basadas en la “utilidad” de las mismas, no hace más que reafirmar una ideología cultural

⁴²⁷ Lleida, 64.

⁴²⁸ Gipuzkoa, 27.

⁴²⁹ Bizkaia, 43.

⁴³⁰ Girona, 43.

⁴³¹ Barcelona, 40.

⁴³² El resto de mujeres participantes, también nombran las actividades de cuidados como importantes para su recuperación, pero es cierto que son estas cuatro personas de más edad las que muestran una mayor centralidad de su relato en este ámbito. Cuestión que podría estar anunciando algunos cambios en cuanto al modelo hegemónico de feminidad.

basada en el trabajo.

Por ejemplo, Rocío⁴³³ durante su depresión estuvo seis meses de baja laboral, pero en cuanto se sintió un poco mejor decidió pedir ella misma el alta médica, porque para ella “*volver a la vida normal [volver a trabajar] del todo me ayudó porque rompí con la sensación que tienes de enferma*”. Lo mismo ocurrió con Josep⁴³⁴, que su psiquiatra de entonces le ofreció tramitar una incapacidad permanente y él se negó, porque, según comenta, no quería comenzar a ser “*pensionista*” con tan sólo cincuenta años.

Pero no sólo las prácticas de tipo productivo están ofreciendo esta sensación de “ser útil con lo que se hace”. Como hemos visto previamente, a Iryna⁴³⁵ la escritura de forma literaria le ha permitido una forma de expresión de sus emociones, pero también está otorgando “*un sentido al sufrimiento que he pasado*”. Es decir, con la puesta en marcha de estas actividades estamos significando nuestra propia existencia, a la vez que organizamos nuestra experiencia en un marco de representaciones compartidas.

Esta misma cuestión está muy relacionada con las razones por las que viajar a otros lugares ha sido una actividad frecuente para algunas personas participantes, como parte de su proceso de recuperación. Anna⁴³⁶ ha viajado varias veces al extranjero (India, Londres, Argentina, etc.), y conocer nuevas culturas le ha permitido tanto cuestionarse su forma de vida, como generar grandes cambios en la orientación de sus deseos. En el viaje a la India decidió dejar el consumo constante de drogas; en el viaje a Londres se sumió en una “*crisis espiritual*” que le ayudó a comprender el porqué de su sufrimiento; y durante el viaje a Argentina determinó que al volver a Europa comenzaría a formarse en lo que poco después sería su profesión. Como ella misma comenta, cada uno de estos viajes le otorgó nuevas ilusiones para vivir. A este respecto, Esteban (2010:251) señala que las transformaciones identitarias más significativas para las personas, frecuentemente están asociadas a desplazamientos físicos o sociales, que facilitan la reflexión sobre la propia vida y el aprendizaje de nuevas socializaciones, representaciones y valores compartidos.

El asociacionismo, por ejemplo, también sirve como ejemplo claro y contundente de esta relación entre prácticas corporales y sentido de vida compartido. Tomemos el relato de Andrea⁴³⁷ como muestra de ello. Él, durante los diferentes períodos de depresión que ha experimentado, se ha cuestionado los motivos por lo que vivir, hasta tal punto que ha emprendido acciones autolesivas de diferentes formas. Para Andrea, que emigró a un contexto cultural ajeno al suyo, con redes sociales menos densas y sólidas, empezar a formar parte de una asociación de usuarias/os de salud mental le otorgó un nuevo sentido

⁴³³ Bizkaia, 58.

⁴³⁴ Lleida, 64.

⁴³⁵ Barcelona, 31.

⁴³⁶ Barcelona, 37.

⁴³⁷ Barcelona, 40.

a su vida que mantiene hasta día de hoy. Conoció esta asociación realizando un trabajo para otra empresa, y creó lazos de afinidad con las personas que la componían, tanto que en el siguiente ingreso que tuvo fueron estas mismas amistades las que lo apoyaron afectiva y materialmente. Tiempo después, Andrea funda junto a algunas de estas personas una nueva asociación con la finalidad de transformar la realidad de los servicios públicos catalanes de salud mental. A partir de ese momento, trabaja unas ochenta horas semanales entre las tareas relacionadas con esta nueva agrupación (charlas, grupos de ayuda mutua, elaboración de proyectos, etc.), y las labores que realiza para otros trabajos remunerados. Actualmente esta asociación se ha consolidado y ha crecido de forma exponencial, y cuenta con varias partidas presupuestarias que han permitido que Andrea se incorpore como trabajador liberado a tiempo completo.

Para Andrea, compartir un objetivo común, en este caso de transformación social orientada a la cobertura de derechos básicos en salud, se ha configurado como el eje vertebrador de su vida. Él mismo se define como *workaholic*, pero también señala que hay diferencias entre el trabajo remunerado que únicamente realiza por dinero y aquel otro trabajo que, incluso sin cobrar, le genera una sensación de “*sentirse útil con aquello que haces*”.

Encontrar nuevos horizontes de sentido también es una cuestión que aparece de forma central con las prácticas de tipo *New Age*. Como señalan, entre otras, Cornejo y Blázquez (2013), este tipo de actividades están expandiéndose en los últimos años tanto en Europa como en EE. UU., y gracias en parte al desencanto social con las viejas formas ideológicas, y el desamparo de un sujeto moderno huérfano de epistemes; sin dios, ni comunidad, ni territorio físico concreto que le sirva de referencia. Lo mismo que se señaló como una posible causa de la crisis de la presencia (Romero, 2013:97)⁴³⁸, también actúa como impulso para acercarse a estos movimientos de corte espiritualista que están planteando nuevas epistemologías del ser, o actualizando algunas viejas, pero que en cualquier caso, aportan referencias y cosmologías compartidas con otras personas.

Por tanto, para las personas que han participado en esta investigación, la puesta en marcha de determinadas prácticas está proporcionando un sentido de vida compartido con otras personas, facilitando el estar-en-el-mundo, en cuanto que formamos parte de una comunidad que, además, sugiere nuevas ilusiones por vivir.

⁴³⁸ Cuestión que se comentó en el capítulo sobre fenomenología.

7. 2. 5. El goce: vida y disfrute⁴³⁹

Siguiendo con la indagación de por qué las actividades que estamos analizando ayudan a la recuperación, una última cuestión que aparece de forma mayoritaria es que muchas veces generan una sensación de placer, satisfacción, alegría o goce que permite romper con el malestar propio de las depresiones y crear así, pequeños oasis en el desierto de anhedonia.

Por ejemplo Iban⁴⁴⁰ comenta que durante sus depresiones, sabía que estaba un “poco mejor” porque era capaz de disfrutar de la música: “*Más que ayudaba, me daba placer un poco mínimo, algo, sí, me gustaba. Y era -estoy como mejor, escucho y estoy a gusto-*”. También Anna⁴⁴¹ señala que escuchar música le producía una sensación interna de euforia y alegría intensa, “*un subidón*” como ella misma dice. O Pilar⁴⁴² siempre escucha música en su casa mientras que hace las tareas domésticas que le ocupan la mayor parte del día, “*porque me pone contenta*”.

Esta misma sensación de disfrute es la que sostiene el consumo de sustancias psicotrópicas, tanto en Anna como en Iban. La heroína, para Iban, es una fuente de goce segura para él, y además le supone un tipo de placer “*plano, sin grandes picos de euforia*”. Otras personas sienten alegría y placer con las tareas productivas, como señala Andreu⁴⁴³ sobre su trabajo como historiador, y en relación a los logros que va alcanzando. O Itziar⁴⁴⁴, que habla de una sensación placentera cuando se da “*un atracón de azúcar*”, refiriéndose a la ingesta de mucha bollería en los momentos que se encuentra más nerviosa. Para ella, tomar azúcar en grandes cantidades es una forma segura de sentirse bien, aunque algunas veces le aborden sensaciones de culpa.

Esta articulación entre el placer y el sufrimiento es algo que ya vimos reflejado en el capítulo sobre la recuperación y el bienestar, y que de nuevo aparece aquí desde otro ángulo. Es muy notorio que casi todos los relatos sobre las actividades deportivas reflejan la idea de un esfuerzo físico y psicológico que, a la persona, en un primer momento, le crea un padecimiento que se expresa de muchas formas. Por ejemplo, Pilar⁴⁴⁵, cuando le pregunto qué ejercicios de pilates le gustan más, contesta “*ninguno*”, y varias veces comenta que va a esta actividad porque “*hay que sufrir para estar bien*”. Sin embargo, tanto ella como el resto de las personas que realizan tareas deportivas, señalan que suponen una forma de estar bien, de sentirse satisfechas, e incluso, de sentir de nuevo placer. Por

⁴³⁹ Agradezco a Lau Tarifa haber llamado mi atención sobre este asunto.

⁴⁴⁰ Gipuzkoa, 48.

⁴⁴¹ Barcelona, 37.

⁴⁴² Bizkaia, 48.

⁴⁴³ Girona, 43.

⁴⁴⁴ Gipuzkoa, 31.

⁴⁴⁵ Bizkaia 48.

tanto, se podría asegurar que el esfuerzo que acarrea una actividad deportiva y que tantas veces se vive como sufrimiento, al mismo tiempo está generando una sensación de bienestar que favorece la recuperación.

Por otra parte, y en último lugar, surge inevitablemente una pregunta ¿quizás las prácticas se mantienen porque generan estas sensaciones placenteras? Cuando Iban⁴⁴⁶ asegura que está enganchado a los baños de mar incluso en invierno, porque le provocan una gran sensación de bienestar, o al contrario, cuando Andreu⁴⁴⁷ cuenta que alguna vez probó las clases de yoga porque una amiga le animó, pero que a él eso no le gustaba y nunca más volvió, enseguida creo reconocer la razón por la que estas actividades se sostienen en el tiempo.

Por tanto, se podría asegurar que, si las prácticas corporales no generarán sensaciones placenteras, seguramente las personas después de probarlas no volverían a repetir. Algo que está relacionado con la cuestión de la intencionalidad que se abordará en el siguiente apartado.

7. 3. Intencionalidad y reflexividad en los procesos de recuperación: aportaciones al debate sobre las prácticas corporales⁴⁴⁸

Desde la antropología de la medicina y la salud, se ha señalado que ambas -reflexividad e intencionalidad-, están en la base de la desvinculación con el rol de enferma/o (Martínez-Hernández, 2008:132) que supone el momento esencial para comenzar con la fase de recuperación, pues facilitan que la persona perciba que su incapacitación no es total y que se vea a sí misma como agente de su propio proceso de salud-enfermedad-atención, tomando parte activa del mismo. Sin embargo, la cuestión de la intencionalidad y de la reflexividad son dos terrenos controvertidos desde mi punto de vista.

Por un lado, y en relación a la intencionalidad, Muñiz (2014:28) define las prácticas corporales como “*usos intencionales, individuales y colectivos, del cuerpo*”, y remarca que hay una motivación o una “*finalidad por obtener utilidad y provecho*”. Sin embargo, habría que definir bien estas cuestiones de “*utilidad y provecho*”, porque como cualquier acción, este tipo de actividades siempre son emprendidas por alguna motivación, ya sea consciente o no. Pero esto no quiere decir que los beneficios o aportes finales de las mismas fueran los esperados.

Es decir, podríamos hablar de que existe una intencionalidad para emprender cambios y/o para comenzar una actividad, pero no en que esos cambios -o los provocados al comenzar

⁴⁴⁶ Gipuzkoa, 48.

⁴⁴⁷ Girona, 43.

⁴⁴⁸ Una versión del contenido de este apartado fue publicada con anterioridad en Zapata (2018b).

la actividad- sean escogidos o seleccionados de forma intencional. Creo que esta diferencia no es una cuestión baladí, porque si no tendríamos que asumir que las personas siempre son capaces de prever aquellos complejos de acciones que facilitarían su recuperación y por tanto, responsables de ponerlos en marcha. Una visión de la realidad que Esteban (2008:141) señala como imperante en las Ciencias Sociales y que califica como dual y restrictiva, y que, desde mi punto de vista, conlleva una noción de agencia que es demasiado racional, calculadora e individualista. Mientras, la realidad muestra que muchas veces ponemos en marcha estas prácticas por casualidad, las mantenemos por motivos muy diversos, e incluso en el relato de la propia experiencia que comunicamos a las otras, no son remarcadas como importantes de forma explícita, aunque luego aparezcan referencias veladas⁴⁴⁹.

Por ejemplo, tomando de nuevo el relato de Patricia, la alavesa que baila tango de forma asidua, cuando le pregunto por qué comienza a practicar este tipo de danza, dice: “*Eché mano del tango para salir un poco adelante, poder llevar un poco esa carga emocional*⁴⁵⁰, *compensarla con algo que realmente me gustara muchísimo y pudiera tener cierta tranquilidad*”. Y, sin embargo, cuando después le pregunto por qué ha sido su “*mayor herramienta para el cambio*”, contesta:

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 el que a veces no quería estar abrazada, que 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, al principio fueron sensaciones muy fuertes con las que tuve que convivir, y luego 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. (Patricia, Araba/Álava, 38)

Así, Patricia comienza diciendo que se acerca al tango como forma de escapar de un gran malestar emocional que vivía en ese momento; sin embargo, en el comienzo de su recorrido con este baile se enfrenta a uno de sus mayores conflictos: el rechazo al contacto con hombres. Esto le crea asco, rabia, miedo, etc., pero decide aguantar, y como ella misma concluye: “*Al principio fue como una terapia y luego fue... llegó un momento en que*

⁴⁴⁹ Cuestión que nos lleva a la idea de la agencia dirigida a proyectos (*agency-in-the-sense-of-projects*), uno de los dos tipos de agencia, junto con la agencia dirigida al poder (*agency-in-the-sense-of-power*), que propone Ortner (2006:151).

⁴⁵⁰ Con “*esa carga emocional*” se refiere al duelo por la muerte de una amiga muy cercana.

llegó a ser todo lo contrario, lo que me daba felicidad", y mientras tanto sucedieron una gran cantidad de cambios que ella misma no preveía.

En este punto es necesario recoger las ideas de Susan Di Giacomo (2015) sobre la diferencia entre prácticas con un fin terapéutico y aquellas que son emprendidas por el simple hecho de que otorgan placer. La autora, a partir de una autoetnografía sobre su propio proceso de salud-enfermedad-atención tras el padecimiento de un cáncer, asegura que llegó un momento en que todo lo que hacía se asociaba con ese mismo proceso, es decir, todo su cotidiano se vio medicalizado. Como se mencionó en el capítulo sobre biopolíticas, Correa-Urquiza (2015) señala que, a partir de nuestros malestares, y propiciado por el propio sistema biomédico, se crean procesos identitarios que impiden vivir una identidad al margen del sufrimiento o de la categoría médica asociada. En este sentido, cabría esperar que las personas activaran siempre las prácticas corporales con el objetivo de poner en marcha su recuperación en depresiones. Sin embargo, la realidad no es así, y muchas veces se activan o se mantienen por otras cuestiones que no se relacionan directamente con la recuperación, aunque luego puedan influir sobre la misma.

Es decir, y en cuanto a la intencionalidad, no sólo no podemos prever los cambios que acontecerán y, por tanto, emprenderlos de forma calculada, sino que muchas de estas prácticas se están accionando por otros motivos diferentes del terapéutico o los orientados a la recuperación, y la mayoría de las veces se mantienen porque generan placer.

Respecto a la reflexividad, como señalé al principio del apartado, en la antropología de la medicina y la salud se ve como imprescindible para activar la fase de recuperación (Martínez-Hernández, 2008:132), pero entendida como el momento de aceptación de la condición de enferma, es decir, el "darse cuenta". Sin embargo, la necesidad o no de la reflexividad en el trascurso de las prácticas corporales, creo que es otra de las cuestiones comprometidas que merece algunas reflexiones.

La primera es la dificultad de encontrar una noción de reflexividad que no siga reproduciendo el dualismo mente-cuerpo, y que guarde así coherencia con la noción de sujeto encarnado que guía esta investigación. En este sentido, y como se comentó en el capítulo sobre recuperación y bienestar, me parece muy interesante la propuesta de Rodríguez (2009:2) de reflexividad corporizada entendida como una acción, que involucra intelecto, sensación y emoción (Rodríguez, 2009:8).

Si volvemos a la historia de Patricia, y como puede leerse en la cita anterior, ella ha deliberado de forma detallada, compleja y racional sobre la importancia y las razones de por qué el tango es un facilitador de su recuperación, algo que a priori podría asociarse sólo con el intelecto. Pero lo cierto es que, tanto en el trascurso de esa actividad como

posteriormente, Patricia va siendo consciente de las sensaciones y emociones que va experimentando.

Sin embargo, no todas las personas que han participado en esta investigación demuestran la misma reflexividad que manifiesta Patricia. Aunque aquí surgen otras cuestiones: ¿Cómo acceder a la reflexividad de las personas informantes?, ¿hay algo más que la fuente oral?, ¿cómo recoger en palabras escritas las emociones, las sensaciones o los pensamientos que percibimos durante el trabajo de campo?

Cuando digo que no todas las personas demuestran la misma reflexividad corporizada, en realidad me refiero a que durante las entrevistas o percepciones participantes apenas hubo referencias orales explícitas sobre el desempeño mismo de la práctica que estaban llevando a cabo o los cambios producidos por ésta, pero tampoco a las emociones o sensaciones que en el transcurso de la acción acontecían. Sin embargo, y aquí está la dificultad, que no se exprese desde la oralidad, o que no me lo expresen a mí -la investigadora-, no significa que no exista una reflexividad corporizada como tal. Es más, a veces podía ser intuida por gestos o cambios físicos (propios de una determinada expresión emocional), que apunté en mi diario de campo, y que quizás más adelante puede utilizar para contrastar con otro tipo de información recogida en la misma situación.

Por otra parte, también en el transcurso de esta investigación, varias veces las personas me agradecieron el haberlas ayudado a tener más conciencia sobre sus propios procesos, con las preguntas que les hacía o los temas de discusión que planteé durante nuestros encuentros. Esta cuestión a priori me ocasionó una gran sensación de culpa por está interviniendo en el campo, pero poco a poco -y tras un proceso propio de reflexividad- se fue convirtiendo en una prueba más de como la etnografía es un diálogo entre la investigadora, las personas que colaboran y sus contextos, y los espacios comunes que se crean entre todas en el proceso mismo del trabajo de campo. Una inquietud, por otra parte, que es muy frecuente dentro entre las/os profesionales de la antropología.

Así, esta y otras cuestionen nos avisan de la importancia de seguir reflexionando como etnógrafas/os sobre las técnicas y métodos empleados en la recogida de información de tipo corporal y/o emocional, porque todavía no son muchas las investigaciones que sirven de referente, ni las posteriores revisiones de las mismas. Y de igual manera, también están mostrando la dificultad de afirmar o negar rotundamente la importancia o no de la reflexividad en los diferentes procesos de salud-enfermedad-atención, porque si no podemos acceder a la "totalidad" de la información, ¿cómo explicar algo?

7. 4. Pluralismo médico: muchos remedios para el mismo mal

A lo largo de este capítulo hemos visto como muchas prácticas que no han sido prescritas o aconsejadas por los servicios biomédicos de salud son puestas en marcha por las personas y sus entornos para activar y mantener la recuperación. En este sentido, Menéndez (2005:35), entre otros, habla de “*pluralismo médico*”, y se refiere a cómo en las sociedades occidentalizadas las personas utilizan diferentes modelos en la atención de los padecimientos, siendo potencialmente articulables las medicinas alternativas, las medicinas populares, los grupos de autoayuda, o la biomedicina, por poner algunos ejemplos. 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).

El propio Menéndez (2005:39) realiza una taxonomía orientativa sobre las diferentes formas de atención:

a) formas de atención de tipo biomédico, referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Éstas se expresan a través de instituciones oficiales y privadas. Deben incluirse formas antiguas y, comparativamente, marginales de la biomedicina como son la medicina naturista, la talasoterapia o la homeopatía, e incorporar igualmente formas que provienen de otras concepciones como es el caso de la quiropraxis. Aquí también deben reconocerse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina.

b) formas de atención de tipo «popular» y «tradicional» expresadas a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas cristianas y de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.

c) formas de atención alternativas, paralelas o «new age» que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.

d) formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.

e) formas de atención centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc., cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas

que padecen o co/padecen algún tipo de problema de salud.

Atendiendo a esta categorización, alguna de las formas de autoatención que aparecen en este capítulo quedarían fuera o, mejor dicho, no quedarían recogidas en ninguno de los tipos identificados por el autor (Menéndez, 2005:39); por ejemplo, el consumo de drogas sintéticas, la realización de deportes, las actividades destinadas a una finalidad estética, o las prácticas sexoafectivas. Pero, como el propio Menéndez (2005:40) advierte, la taxonomía que él ofrece es orientativa y, por tanto, está sujeta a revisión y ampliación.

Es interesante rescatar, que aun siendo todas ellas prácticas (y representaciones asociadas) que provienen de paradigmas y modelos tan diferentes entre sí, están siendo articuladas por las personas y sus colectivos en los procesos de salud-enfermedad-atención de las depresiones y, por tanto, la convivencia entre ellas no es sólo posible sino que necesaria.

De hecho, el pluralismo médico es un fenómeno frecuente en la atención de malestares de tipo existencial o de “*enfermedades todavía no curables*”, como podría ser la depresión, porque suelen ser sufrimientos que son difíciles de explicar (en cuanto a la etiología y la fenomenología), y para los que la biomedicina no acaba de tener tratamientos del todo eficaces⁴⁵¹ (Menéndez, 2005:38). Además, también asistimos a una apropiación de determinados saberes por parte de la industria farmacéutica (homeopatía, fitoterapia, etc.), y al aumento de constantes flujos migratorios transnacionales que permiten una circulación mayor de conocimientos y que están favoreciendo la globalización y descontextualización de otros modelos médicos locales (ibídem). Por ejemplo, Andrea⁴⁵² comenta que los rituales con *ayawasca* que realiza en Barcelona son dirigidos por un chamán que también es barcelonés de origen, pero que aprendió esta técnica en diferentes viajes que ha realizado al continente americano, desde donde importa además esa planta medicinal. O Anna⁴⁵³ relata que en su último viaje a Nepal compró varios cuencos tibetanos que usa con frecuencia para “*estar más tranquila y armonizar sus energías*”.

Sin embargo, en las sociedades analizadas el modelo biomédico es aún predominante, aunque su importancia aparece de manera diferente en los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas que han participado en esta investigación. ¿A qué podrían deberse estas diferencias de relación con la biomedicina? Emily Martin (1987:201) advierte de una influencia del grupo socio-económico de pertenencia en esta situación. Así, las clases más desfavorecidas y, por tanto, más alejadas de los discursos teóricos y abstractos de la ciencia y con una experiencia específica de lo corporal por la mayoría de tareas que

⁴⁵¹ Tal y como se comentó en el capítulo sobre biopolíticas, el tratamiento biomédico más común en Cataluña y en la CAE es la prescripción de psicofármacos. Sin embargo, como Gøtzsche (2014:311) apunta, no hay pruebas empíricas de la mejoría de las depresiones tras el consumo de los mismos.

⁴⁵² Barcelona, 40.

⁴⁵³ Barcelona, 37.

realizan, suelen demostrar una relación más distante o cuestionadora de este modelo. Pero también, 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 hacía orientaciones más dinámicas (Menéndez, 2005:45). Cuestión que también está relacionada con cambios en los modelos de género, tal y como hemos visto anteriormente.

Recapitulando, aunque en las sociedades vasca y catalana aún se mantiene una relación jerárquica donde la biomedicina aparece como central, a su vez existe cierto sincretismo médico y articulación con otras tantas prácticas de tipo corporal que no provienen estrictamente de ningún paradigma médico, sanador o terapéutico. Y, además, estas convergencias pueden ser muy distintas dependiendo del proceso de salud-enfermedad-atención. Así pues, la pluralidad se da en todos los sentidos.

CAPÍTULO 8

EL GESTO DE LA INCLINACIÓN: LA VIDA EN COMÚN COMO FORTALEZA EN LA RECUPERACIÓN DE LAS DEPRESIONES

La vulnerabilidad, como un concepto descriptivo, de diccionario, cerrado en una definición, como un concepto estático y universalizado, no se puede hablar, no hay palabras suficientes que la puedan objetivizar. La vulnerabilidad está, la sentimos, la rozamos, es aquello que nos rodea en el día a día, a veces de un modo silencioso, a veces se antoja ruidosa, pero no podemos hablar de ella como algo distanciado de nosotros, con la frialdad con la que se pueden tratar otros conceptos, dado que al verla o identificarla nos hace sentir algo que tiene que ver directamente con nosotros mismos, nos atraviesa.

(Minguell, 2017:7)

Siguiendo las ideas tanto de Butler (2014) como de Cavarero (2014), se puede asegurar que la ontología humana es vulnerable. Esto se refiere a que nuestra vida está marcada por una experiencia corporal que siempre está expuesta al mundo, comprometida con lo que sucede, y que afecta y es afectada. Una condición existencial que viene dada, es decir, que no podemos escapar de ella, y que nos avisa de una interdependencia radical con los otros seres (humanos y no humanos) de nuestro entorno.

Antes de comenzar con el trabajo de campo, no fui capaz de prever la implicación tan grande que tendrían estas ideas en el fenómeno que estudio, y en las hipótesis de partida apenas aparecen referencias a la relación con el mundo (personas, animales, etc.). Sin

embargo, según avanzaba en la investigación fue emergiendo una evidencia: las otras personas pero también, los espacios, los animales y las plantas, y en general todos los seres no animados, forman parte de la recuperación; no obstante, en mi estudio sobre todo ha tomado fuerza la relación con los otros seres humanos. Aunque haya una persona protagonista, su historia siempre está plagada de alusiones a esas múltiples interrelaciones que están configurando los procesos de salud-enfermedad-atención, y en general la vida.

Es decir, no somos seres aislados, sino que somos seres en relación, y por tanto, la recuperación se convierte en algo común y re-producido por todo ese mundo que queda más allá de la frontera material de la propia piel. Un mundo al que estamos expuestas, que “*se encuentra fuera de mí*” (Butler, 2009)⁴⁵⁴, pero del que dependemos para vivir, y por tanto, que anuncia una existencia que no es propia, sino compartida.

Sin embargo, no todos los agentes están en la misma posición; claramente durante una depresión se aprecia una corporalidad en riesgo, a expensas del mundo. Como veíamos en el capítulo sobre fenomenología, la persona deprimida está “ausente” y, por tanto, esta vulnerabilidad, aunque sea una condición permanente en cuanto ontogenética, en determinadas situaciones expresa su peor cara; la posibilidad del daño, del peligro, e incluso de la muerte.

Tal y como Cavarero (2014) señala, existen dos tipos de etimologías diferentes para la raíz de la palabra vulnerabilidad. El primero sería *vulnus*, que se ha traducido como “herida”, es decir, una laceración o un trauma que se produce en la piel después de un golpe violento. Y el segundo, *vel*, cuya traducción sería “piel sin bello”, relacionado con la idea de estar expuestas al mundo de forma total, tanto para recibir golpes como caricias. Tanto en la primera acepción como en la segunda, se está hablando de una fenomenología de la piel, es decir, de aquella parte de nuestra corporalidad que está en contacto directo con lo exterior, y por tanto, que está expuesta al mundo y en constante relación.

En los procesos de recuperación analizados en esta investigación podemos ver ambas dimensiones de significado. Por un lado, vemos una corporalidad violentada por el contexto social y cultural, tal y como explicaba en el capítulo sobre etiología, y que nos informa de que la existencia humana es frágil. Pero también encontramos el segundo sentido de la vulnerabilidad, en cuanto que se trata de una corporalidad expuesta a lo exterior, capaz de afectar y ser afectada, y aunque lacerada, puede igualmente ser cuidada, recogida y atendida por las otras personas.

Cavarero (2014) propone centrarnos en el segundo significado, y ofrece además una metáfora para hablar de la vulnerabilidad y de la propia vida: el gesto de la inclinación.

⁴⁵⁴ Citado en Begonya Saez Tajafuerce (2014:8).

Desarrolla esta idea a partir de la figura de la madre que cuida del bebé⁴⁵⁵, y que por tanto, se curva hacia dentro, despojándose de una postura de verticalidad frente al mundo⁴⁵⁶, y adoptando una actitud de entrega y respuesta. Esta relación no es horizontal; claramente la criatura necesita de las otras personas para sobrevivir, y está entregada por completo a la inclinación de la madre hacia ella. Pero también la madre está entregada hacia la criatura, ejerciendo de esta forma, lo que Butler (2014:51) denomina una “*obligación ética existencial*”: dar respuesta a las necesidades de las otras.

Así, podemos ver en el fenómeno de las depresiones cómo las personas, en tanto que cuerpos vulnerables, están siendo dañadas por un contexto desigual y violento, que las expone a su fragilidad. Pero esta misma exposición hacia el mundo, les permite ser recogidas, conformándose así estrategias y tácticas comunes frente al sufrimiento, y generando vínculos con otros cuerpos. Por tanto, frente a una noción de vulnerabilidad más vinculada a la muerte o el daño, prevalece otra ligada a la vida y lo afectivo.

En los siguientes apartados iré desgranando esta idea poco a poco. En primer lugar, se recogerán ideas y aportaciones a la teoría de la vulnerabilidad propuesta por Butler (2014) y Cavarero (2014), a partir de la propia etnografía, pero también a partir de una entrevista realizada a Susanna Minguell Alonso, filósofa y artista dedicada a la producción de textos y fotografía sobre sus propias experiencias de vulnerabilidad.

En segundo lugar, y bajo el prisma de las teorías del apoyo mutuo, la reciprocidad y los cuidados, se presentará una revisión de las formas de ayuda establecidas durante la depresión, así como dos anotaciones descriptivas: la primera sobre las relaciones que se generan entre personas que pasan por un proceso de salud-enfermedad-atención parecido, y la segunda sobre cómo la interacción social no siempre facilita la recuperación, o cómo generamos un tipo de ayuda u otro dependiendo de los vínculos que nos unen.

Y en último lugar, se defenderá una vez más la tesis de este capítulo -la vulnerabilidad como fortaleza-, retomando algunos conceptos como el de crisis de la presencia, y analizando la importancia del gesto de la inclinación y de la vida interdependiente en los procesos de transformación identitaria, en general, y en particular en la recuperación de una depresión.

⁴⁵⁵ En concreto, la autora se refiere a la figura de la *madonna*, tan popular en Italia.

⁴⁵⁶ Tanto la teoría de Butler como de Cavarero sobre la vulnerabilidad son una respuesta a otras tradiciones filosóficas como la de Georg W. Friedrich Hegel o Immanuel Kant, que describen una ontogenia humana autosuficiente y autónoma, representada por la rectitud y verticalidad (erguida sobre nuestros propios pies), frente a un mundo al que se enfrenta de forma individual, y mediante calculados razonamientos. Una figura que además está unida a la masculinidad, en contraste con la inclinación propia de la madre que se propone desde la teoría feminista (Cavarero, 2014).

8. 1. Apuntes teórico-prácticos sobre el concepto de vulnerabilidad

A partir de la revisión de las notas del trabajo de campo, fueron emergiendo situaciones donde se materializaba pero también se matizaban la noción de vulnerabilidad. Algunas cuestiones aparecían como inexplicables desde mi mirada de investigadora y decidí pedir ayuda a una amiga y experta en el tema. Susanna Minguell Alonso defendió un Trabajo de Fin de Grado para la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Barcelona (2017) sobre el concepto de vulnerabilidad y su relación con el feminismo y la performatividad de género. Pero además, es la autora de *Palabras Dislocadas*⁴⁵⁷, un proyecto artístico donde la poesía y la fotografía se entremezclan para transmitir la propia experiencia de vulnerabilidad. Y aunque quizás ella no haya pasado por una depresión, en todos sus poemas se palpa la fenomenología depresiva, como ella misma comenta. Entonces, decido entrevistarla un día, grabadora en mano, y pensar conjuntamente sobre una ontología humana vulnerable. Hablando con ella consigo articular mejor las ideas sobre vulnerabilidad que aparecen en este apartado, así que es gracias a nuestra relación que se generan nuevos conocimientos sobre el tema de mi investigación, porque las investigadoras también necesitamos de las otras personas para desarrollar nuestra labor; también somos vulnerables.

8. 1. 1. La conciencia sobre la propia desnudez es el mejor abrigo

Es importante no confundir vulnerabilidad con debilidad, tal y como se hace frecuentemente, y mucho más ahora que el término se está popularizando. Es decir, las personas somos vulnerables en cuanto que estamos expuestas al mundo y necesitamos de las otras para existir, pero esto no significa ser débil. Cavarero (2009) realiza la distinción entre una persona indefensa y una vulnerable (o inerme que diría la autora). La indefensión es sinónimo de una falta de dignidad humana, y se refiere a las situaciones en que el sufrimiento de las otras deja de afectarnos, y la persona violentada queda deshumanizada y, por tanto, sin asistencia y sin reparación. Mientras, la persona vulnerable o inerme es aquella que necesita de las otras personas para existir, es dependiente de esta interrelación, y se la reconoce y se le otorga la cualidad de vivible.

Como Minguell señalaba en nuestra conversación, “*no hay nadie más frágil*⁴⁵⁸ *que aquella que piensa que se basta por sí misma*”, y por tanto, que cree no necesitar ayuda. Así, la figura de la inclinación sería el gesto de la vulnerabilidad (Cavarero, 2014), mientras el gesto de mantenerse erguido y bípedo frente al mundo reflejaría la mayor debilidad que puede mostrarse.

⁴⁵⁷ <http://palabrasdislocadas.com> [Consulta: 17/01/2019]

⁴⁵⁸ Minguell siempre habla de fragilidad como contraposición a vulnerabilidad. Sin embargo, a mí me parece más acertado hablar de debilidad para este caso, puesto que se refiere a no tener fuerza para enfrentar algo. Mientras, fragilidad sería la posibilidad de ser afectada o incluso violentadas, y podría ser un sinónimo de vulnerabilidad.

Andrea⁴⁵⁹ subraya una y otra vez en su entrevista que “*sin ayuda no sales de eso. Si estás mal, vas y pides ayudas, porque si no va a peor*”. Itziar, por su parte, dice:

Si era mi novio, mi novio, mi hermano, mi madre, pero siempre alguien, o una compañera de trabajo, una amiga, pero siempre agarrada a alguien. Agarrada, o mentalmente por lo menos. O sea, si me pasa algo, -está al menos aquí no sé quién-. Bueno, si me pasa, alguien está aquí. O sea, no quería estar sola, a la hora de estar mal. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Esta cuestión de la interdependencia va asociada a la propia reflexividad sobre nuestra condición de ser vulnerables. Minguell comenta en nuestra conversación que es necesario ser conscientes de esta condición de inerme: “*Saberse vulnerable para dejarse tumbar, dejarse caer y dejarse arropar*”. Una conciencia que, como ella misma explica, no se refiere a un conocimiento teórico sobre el tema, sino a una sensación o experiencia interna, difícil de explicar con palabras, pero que se vive como la posibilidad de ser dañadas. Como parte del proyecto de *Palabras Dislocadas*, Minguell realiza fotografías, la mayoría de sí misma, y muchas veces desnuda.



Ilustración 2: Foto cedida por Minguell

⁴⁵⁹ Barcelona, 40.

Para Minguell, la desnudez física es la exposición más clara de su vulnerabilidad: sin nada que la oculte, y dispuesta a las caricias o los golpes. Algo que para ella está directamente relacionado con la acepción de *vel* que señala Cavarero (2014). Sin embargo, la desnudez no significa lo mismo para todos los grupos socioculturales, pero tampoco para todas las personas que pertenecen a un mismo contexto. En occidente, por ejemplo, algunas personas experimentan la desnudez como liberación, e incluso como empoderamiento.

Volviendo a lo que Minguell plantea, tener una reflexividad corporizada de esta condición de vulnerabilidad, que ella representa con la desnudez, nos ofrece la posibilidad de actuar y ser enactuadas por nuestro entorno. Por ejemplo, Anna, que estuvo una década y media recuperándose de su depresión, afirma que es necesario contar con el apoyo de las otras personas del entorno, algo que ella nombra como “*amor*”. Anna durante varias semanas estuvo sola en casa, con temblores y calambres por todo su cuerpo, pasando lo que ella llama “*una emergencia espiritual*” -a partir de las explicaciones que un amigo le da sobre esta misma cuestión-. Tras aquellos días de soledad, acude a la consulta de una profesional de la medicina china y cuenta la siguiente anécdota:

Esto me lo dijo la médica china a la que voy; que no es bueno, que está bien porque la he podido pasar y tal, pero que con contacto la vida es mucho mejor. Poder llamar a tus amigas y que vengan a estar contigo, o tus amigos, y sentirte acompañada. Por ejemplo, me recetó que acostara mi cabeza encima de las rodillas de mis amigas y que me dejara acariciar, así, o sea, -cuando te sientas mal, llamas a quien seas, y ya vas a ver como...-. Claro, es que si estas mal y lo pasas tú, aprendes desde estar cerrada, pero si lo pasas con alguien y sientes ese amor, y te puedes abrir al amor de los demás, el proceso es más rápido y la recuperación más fácil. (Anna, Barcelona, 37)

Poco después, Anna lleva a la práctica estos consejos, y asegura que facilitó bastante el surgimiento de su bienestar. Como ella explica, si alguien mantiene la postura erguida, recta y autosuficiente⁴⁶⁰, no sólo está negando su condición de existencia, sino que está rechazando la ayuda y por tanto, la vida en común para la que estamos configuradas. Y la debilidad sería entonces la imposibilidad de pedir ayuda, o de creer que no la necesitamos.

Otro ejemplo es el de María, para quien su trabajo como contable en una multinacional es el eje central de su vida; incluso en su tiempo de ocio acude a las instalaciones deportivas de la empresa, y siempre habla del “*nosotros*” cuando se refiere a esta entidad. Además, hace una década se mudó a vivir a un pueblo donde no conocía a nadie, y tuvo que crear nuevas redes, que a día de hoy no son demasiado sólidas, y cotidianamente sobre todo se relaciona con su pareja que es con quien vive. Y aunque mantiene cierta relación con

⁴⁶⁰ No debemos confundir la noción de sujeto autosuficiente con la de autónomo. La primera se refiere a la (im)posibilidad de cubrir todas las necesidades sin la ayuda de las demás personas, mientras que una persona autónoma es aquella que, aun necesitando a las otras, se diferencia de ellas en cuanto que es capaz de tomar decisiones y ejecutar prácticas por sí misma.

compañeras de trabajo o el personal de las instalaciones deportivas a las que acude (a quiénes siempre saluda por el nombre y con alguna otra formalidad), desde hace tres años su empresa cambió la forma de organización del trabajo, y ahora se realiza desde casa, con apenas una reunión presencial cada quince días.

El estilo de vida de María es un reflejo del sujeto moderno autosuficiente y sin una proyección de vida en comunidad. No es raro entonces que, cuando le pregunto cómo le ayudaron las otras personas en su recuperación, su primera respuesta sea negarlo, y pese a que ella misma se contradice más adelante, no es capaz de apreciar su propia vulnerabilidad:

María: Ostras, no tengo esta sensación [que las otras personas ayudaran]. Tengo la sensación que hice yo más el trabajo. Tampoco soy de explicar mucho [ríe]... a lo mejor... No tengo esta sensación ¿eh?, que me ayudaran más o así.

Antropóloga: ¿Crees que fue más cosa tuya?

María: Sí. Ay!, ara ploro⁴⁶¹ [solloza]. Me emociono. Sí, creo que sí. En un momento dado tú... un día... mmm... me acuerdo que, tenemos otra amiga, que me coge y me dice -oye te está pasando algo-. Antes de... yo creo que era un poco antes de ir al psicólogo o al psiquiatra, a lo mejor fue el detonante que me hizo pensar -necesito algo-. Una amiga que me paró y me dijo, -oye no te veo bien-. Yo le dije que no pasaba nada, yo estaba igual de bien, pero claro luego ya fue el detonante.

Antropóloga: Y sin embargo crees que eres tú, o sea, ¿sí que en tu caso es sólo cosa tuya?

María: Yo creo que sí. (María, Girona, 43)

La actitud de María, al menos en apariencia, es la del sujeto que se yergue en pie, sin apoyos a los que agarrarse, porque es autosuficiente y no necesita de las demás personas. Sin embargo, esta representación de la realidad no es tan verídica. Como vemos en la segunda parte de la cita, María también necesitó de una amiga para el proceso del darse cuenta, y para activar la estrategia de ir a la consulta de un psicólogo y un psiquiatra. Dos profesionales, por otra parte, que tienen un gran protagonismo como agentes para la recuperación de María. Entonces surge la pregunta: si María no está siendo consciente de la importancia de la ayuda de otras personas en su proceso de salud-enfermedad-atención, ¿si vuelve a pasar por una depresión quizás no recurrirá tan rápidamente a otras personas, y entonces esté expuesta a un mayor riesgo de cronicidad o de recaídas? O, dicho de otra manera, ¿creerse autosuficiente es la mayor debilidad? Veamos el siguiente apartado.

⁴⁶¹ Ahora lloro.

8. 1. 2. Vergüenza y culpa por lo inevitable

Minguell (2017:8) señala:

La marca, la herida, la laceración, lleva consigo, cuanto más corpórea o visible menos disimulable, un sentimiento de culpa hacia uno mismo, justificando tanto dicha culpa como el trato recibido por los demás. El juicio frente a la persona que tiene un estigma circula alrededor de una falta, desposeyéndolo de su categoría de ser humano y responsabilizándolo de la misma, culpabilizándolo.

Esta autora relaciona la idea de la cicatriz con el estigma, basándose en Goffman (2006)⁴⁶². Tal y como vimos en el capítulo sobre biopolítica, una de las consecuencias del diagnóstico es que funciona como una marca distintiva frente a un mundo social que castiga la diferencia. En este caso, Minguell (2017) no habla del diagnóstico como tal, sino que se refiere a la cicatriz o la herida visible que anuncia nuestra vulnerabilidad, más allá de la posterior etiqueta biomédica que pueda tener en algunos casos.

Andrea, después de haber pasado por varios periodos de depresión, sigue huyendo de ese reconocimiento público de su sufrimiento, porque como él mismo comenta, esto podría tener consecuencias sociales negativas:

¿Cómo 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. (Andrea, Barcelona, 40)

Este tipo de comentario es muy frecuente entre las personas que han participado en esta investigación, puesto que reconocer la propia vulnerabilidad, tal y como advierte Minguell (2017), muchas veces genera sentimientos de culpa y vergüenza. Esta cuestión está muy relacionada con ese imaginario común, y cada vez más popular, de que la vulnerabilidad significa debilidad. Nos avergüenza necesitar ayuda porque el sujeto moderno aspira a la autosuficiencia, y de él depende su salud y su enfermedad. Nos sentimos culpables porque no hemos sido capaces de sostenernos a nosotras/os mismas/os.

Si pensamos en los mandatos biopolíticos actuales, cada persona debe ser “empresaria de sí misma” y el entorno se vuelve un mero escenario donde desarrollar el proyecto vital propio e individual, o al menos así se plantea teóricamente. Sin embargo, la práctica social demuestra que somos seres relacionales y, por tanto, interdependientes. Entonces, sentirnos culpables por necesitar a las otras en la re-producción de nuestra vida, es un

⁴⁶² Citado en Minguell (2017:7).

malestar asegurado en cuanto que inevitable.

Por otro lado, esta vergüenza está detrás de la imposibilidad del darse cuenta. Reconocerse vulnerable es difícil, incluso doloroso en muchos casos, pero es imprescindible para la recuperación. Itziar, por ejemplo, que en el apartado anterior veíamos como necesitaba “*ir agarrada a la mano de alguien*”, antes de dejarse ayudar también ofrece un relato plagado de sentimientos incómodos frente a su condición de malestar:

Es que me costó bastante, me costó bastante aceptar que tenía una depresión, pero yo creo que desde los primeros días ya sabía que tenía, o sea, que tenía algo chungo. Por eso, no sé, claro, es que depresión, pues no sé qué cuadro médico tienen los depresivos, pero...[...] Al final, o sea, yo siempre he querido dar una imagen de... no sé, ¡qué yo misma imaginé! Lo que tienes en la mente, ¿no? Y que te vean de otra forma... ¡Buf! No me gustaba mucho la idea esa de que me vieses mal. (Itziar, Gipuzkoa, 31)

Por tanto, la culpa o la vergüenza que puede generar el saberse vulnerable en una sociedad que enfatiza la idea de autosuficiencia individual, podría estar dificultando la recuperación. Por el contrario, asumir sin temor y sin incriminación la necesidad de ayuda y apoyo de los demás, de nuevo nos hace más fuerte frente a las depresiones.

8. 1. 3. El saberse vulnerable como empoderamiento feminista

Como vimos en el capítulo sobre biopolíticas, Carceller-Maicas (2013:299) advierte que existen diferentes formas de vivir y experimentar el malestar según el género, y que podrían definirse como “*senderos de la emoción*”. La autora sugiere que esta situación también provoca que haya dos tendencias o formas de experimentar la propia vulnerabilidad⁴⁶³, refiriéndose tanto a la manera en que tomamos conciencia de la posibilidad de ser dañadas, como a la actitud frente a ese mundo al que pertenecemos y que necesitamos para sobrevivir. Estas diferencias también aparecen a lo largo de esta etnografía; por ejemplo, las mujeres que han participado en la investigación son las que más comunican su experiencia emocional o las que antes pudieron alcanzar el “darse cuenta” y, por tanto, pedir ayuda.

Ainhoa, cuando le pregunto si ser mujer ha influido de alguna forma a lo largo de su proceso de salud-enfermedad-atención, contesta mientras se humedecen sus ojos:

⁴⁶³ Carceller-Maicas (2013) utiliza el concepto de vulnerabilidad muy centrado en la acepción de *vulnus*, es decir, como posibilidad de ser dañado. Esta autora, basándose en las ideas de Martínez-Hernández y Muñoz (2010), habla de vulnerabilidad emocional como rasgo distintivo en la adolescencia, haciendo referencia a la inestabilidad e inquietud existencial propia de esta etapa vital. Sin embargo, tanto Martínez-Hernández y Muñoz (2010) como Carceller-Maicas (2013) también hacen mención a la influencia del entorno en esa construcción identitaria que acontece en la adolescencia, y lo remarcan de igual forma como otra consecuencia de la vulnerabilidad emocional y, por tanto, se podría interpretar como la sugerencia de la acepción *vel* del término.

A mí me hace sentirme débil, y a mí no me gusta sentirme débil. Yo con el ¡buf!, con el tema de la... a ver... yo me siento mujer, yo me siento mujer, pero sí que es cierto que también tengo mi lado masculino. No sé, no sé tampoco realmente, no me he analizado tampoco por esa parte [risas], pero aparte de que soy mujer, soy feminista y no me gusta pensar que una mujer tenga que ser más débil que un hombre, y creo que eso también me autoimpongo ese trabajo añadido, «eres mujer, pero no puedes mostrarte débil» para no mostrar un rol marcado de mujer. (Ainhoa, Araba/Álava, 33)

Cómo ella señala, lo que coincide con lo expuesto por Carceller-Maicas (2013), lo femenino se asocia con la debilidad y lo masculino con la fortaleza, entendida ésta última como no mostrar el padecimiento o no necesitar ayuda. Todo esto sugiere de nuevo una noción de vulnerabilidad asociada a la debilidad y, por tanto, Ainhoa y las/os adolescentes del estudio de Carceller-Maicas (2013) están participando de una ideología cultural predominante del sujeto como entidad separada de lo social, y como autosuficiente y responsable de sí mismo.

Por otro lado, Ainhoa habla del feminismo como de un movimiento social y político que no quiere mostrar a las mujeres*⁴⁶⁴ como débiles, en cuanto que sujetos interdependientes, confundiendo autonomía con autosuficiencia. Sin embargo, mostrar la propia fragilidad sí que es una gran fortaleza en las depresiones, como se ha defendido a lo largo de este capítulo. A este respecto, Maka Makarrita (2016) publicó un artículo en el periódico *El Topo* que se titula “No quiero ser fuerte, quiero ser vulnerable”⁴⁶⁵; un manifiesto sobre la necesidad de aceptar, reivindicar y promover la vida en común. La autora termina el texto de la siguiente forma:

Así que, dándole un disgusto a mi psicóloga, lo siento, pero yo no quiero ser fuerte. No quiero bastarme por mí misma, no creo en la autosuficiencia, en no necesitar a nadie. Yo quiero ser con vosotras, quiero que me atraviesen vuestras vidas, desparramarme a trozos en muchas manos que me ayuden a caminar y me levanten cuando lo necesite, quiero cargar con cuidadito pedazos de todos para mantenernos a flote. Yo de mayor lo que quiero es ser vulnerable.

Por tanto, desde una lectura feminista del concepto de vulnerabilidad, tal y como vienen desarrollando Butler y Cavarero en los últimos años, romper con el ideal de sujeto erguido y autosuficiente, y de lo entendido como masculino y fortaleza, es en sí mismo un acto que facilita la recuperación en depresiones, pero además una forma de empoderamiento feminista.

⁴⁶⁴ En algunas corrientes del feminismo, y debido a la influencia de la teoría y la práctica transfeminista, se marca de esta forma el término “mujer” para destacar la idea de que no sólo es la identidad cis-mujer la nominalizada, sino que son otras identidades las que se incluyen, como la de bollera, transexual o personas no binarias.

⁴⁶⁵ <http://eltopo.org/no-quiero-ser-fuerte-quiero-ser-vulnerable/> [Consulta: 29/12/2018]

8. 2. La recuperación en depresiones como agencia relacional: apoyo mutuo, reciprocidad y cuidados

Como Inma⁴⁶⁶ comenta, refiriéndose a su proceso de salud-enfermedad-atención, “*sola no puedes salir de esto*”; una idea presente en la mayoría de relatos recogidos. Pero la forma en que cada interrelación afecta es única y diferente entre sí, pese a que hay características comunes entre todas ellas, como la interdependencia y la ayuda mutua. Es decir, el ser vulnerable nos empuja a una necesidad constante de apoyo mutuo. Como Angel J. Cappelletti (2005) señala, en relación a las ideas de Pedro Kröpotkin (2005 [1902]), las relaciones de colaboración y solidaridad no son la única forma de relación entre las personas, pero sí son una parte importante de las estrategias puestas en marcha para la supervivencia del grupo y para una vida satisfactoria en comunidad. Es decir, frente a la idea darwiniana de la competencia como motor de la vida social, Kröpotkin (ibídem) propuso que la ayuda recíproca y, por tanto, la interdependencia, son elementos imprescindibles para la vida. Aunque habría que estar atentas para no romantizar esta idea, por un lado, como ya se ha comentado, porque no son el único tipo de relación que sostiene el tejido social, y por otro lado, porque muchas veces los motivos que promueven este tipo de apoyo mutuo son buscando un beneficio individual⁴⁶⁷, y no tanto un bien colectivo o de otras personas⁴⁶⁸.

Una cuestión, por otra parte, que hace pensar en la reciprocidad porque es una forma de vínculo donde el sentido del don es bidireccional. La reciprocidad es un concepto con una larga tradición en la teoría antropológica, y fue desarrollado por primera vez en la obra de Marcel Mauss (1991) para poder explicar el tipo de relaciones sociales que se dan con determinados flujos de transacciones materiales y simbólicas, sustentadas en tres obligaciones: dar, recibir y devolver. Junto con Mauss, otros autores clásicos de la socioeconomía como Émile Durkheim, Bronislaw Malinowsky o Karl Polanyi, han señalado la idea de la reciprocidad como un conjunto de dependencias mutuas, entre individuos libres y relacionados de forma simétrica, que se convierten además en el fundamento de la estructura social. Así, podríamos definirla como una forma de transferencia, que busca la equidad (Terradas, 2002) y que organiza al grupo social, tanto por el interés material como por la obligación moral subyacente (Moreno y Narotzky, 2000). Además, recogiendo algunas ideas de Susana Narotzky (2007), la reciprocidad es una forma de reproducción social que incluye, tanto elementos de estructura (posición político-económica de los agentes, lugar de las instituciones públicas, etc.), como elementos de agencia individual y colectiva (tácticas y estrategias de las personas y los grupos), y que tiene una temporalidad

⁴⁶⁶ Bizkaia, 62.

⁴⁶⁷ A este respecto, es necesario destacar que la ayuda prestada por las/os profesionales de salud siempre está mediada por una relación económica, sin que esto tengo que suponer, a priori, que ejercerla siempre está motivado por el deseo de lucro.

⁴⁶⁸ El artículo de Esteban (2017a) sobre el concepto de cuidados dentro de la teoría feminista, y su propuesta de emplear otros conceptos como el de apoyo mutuo, ha servido de inspiración para las ideas que aquí presento.

a largo plazo porque no se extingue con la consecución de las obligaciones, sino que va más allá extendiéndose en el tiempo y en todos los ámbitos de las relaciones sociales. Así, la reciprocidad supone vínculos, en cuanto que se extiende en el tiempo, y recuerda mucho a la noción de *obligación ética existencial* defendida por Butler (2014)⁴⁶⁹.

Además, es importante señalar, tal y como advierte Esteban (2017a), que el apoyo mutuo, y por tanto las relaciones mediadas por la reciprocidad, son algo más que los cuidados. En un sentido estricto, estos últimos se refieren a la ayuda prestada para cubrir ciertas necesidades básicas cuando la persona no puede hacerlo ellas misma, ya sea por falta de tiempo, conocimientos, capacidades físicas, etc. Y en cierta manera, las personas deprimidas son personas que necesitan cuidados, ya que en determinados momentos están “incapacitadas”. Sin embargo, Esteban (ibídem), que es crítica con la excesiva centralidad del término de cuidados en la práctica y el discurso feminista hoy en día, propone ampliar el debate e incluir otras actividades o tipos de ayuda que también están sosteniendo la vida. Así, esta autora emplea algunos conceptos como el de apoyo mutuo, sobre el que señala que

nos permite reconsiderar la centralidad de los cuidados, me refiero a que, al menos en las redes en las que yo me he fijado, el hacer y el compartir conjunto no son solo cuidados, o no en el sentido habitual de este término, sino que se comparte, como hemos visto, desde protección económica y apoyo moral e ideológico, hasta tiempo libre, actividad política, etc., incluidos los cuidados en momentos en que las participantes en la red no pueden valerse por sí mismas. (Esteban, 2017a:43)

En los siguientes apartados, voy a presentar cómo diferentes situaciones de apoyo mutuo están influyendo en la recuperación de las depresiones. Para poder abordar este tema, en el primer apartado expondré el tipo de consecuencias que estas relaciones generan, y que he denominado “*apoyos sociales*” en alusión a lo planteado por otras autoras como Francis (2006), y que se refieren a la ayuda necesaria que se recibe de las otras personas del entorno. Después, se realizará una breve descripción de las relaciones que se entablan con personas que han pasado por una experiencia parecida, es decir, cómo esta forma tan concreta de vínculo facilita o no la recuperación en depresiones. Y en último lugar, se describirá cómo la interacción con otras personas no siempre favorece la recuperación, o no todas las personas ayudan de igual forma, según se puede apreciar en algunos de los casos recogidos.

⁴⁶⁹ Ideas que tomo prestadas del proyecto MINECOR17/P12, dirigido por Mari Luz Esteban, con el título “Nuevas solidaridades, reciprocidades y alianzas: la emergencia de espacios colaborativos de participación política y redefinición de la ciudadanía”, 2018-2021, financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, y del cual formo parte.

Como he apuntado previamente, en esta etnografía hay una centralidad de las personas⁴⁷⁰, frente a otros agentes (objetos, animales, espacios, representaciones, etc.)⁴⁷¹, en cuanto a las relaciones establecidas durante la recuperación en depresiones, y que también pueden formar parte de esa interdependencia de la que hablamos. De todas formas, en algunas ocasiones se hace referencia a la importancia de animales y objetos.

8. 2. 1. Apoyos sociales para la recuperación

En general, las relaciones que se establecen con el resto de personas del entorno están facilitando distintas cosas: el darse cuenta de lo que pasa, la información sobre servicios de atención en salud o sobre diferentes recursos a utilizar, el acompañamiento físico y emocional en algunas de estas actividades o servicios, la interlocución para momentos de desahogo, unos brazos donde reposar y sentir el afecto, algunos descansos o mejoría de la situación en el trabajo, compañía para el ocio, realización de tareas de cuidados, etc.

La interacción con este entorno, ya sea familiar, de amistades, sexoafectivo, laboral, de vecindad-comunidad, o con las/os profesionales de la salud, es un factor clave para la recuperación en depresiones. ¿Pero qué generan estas relaciones? Francis (2006:601-602) señala los siguientes tipos de apoyo:

Según Thoits (1995), hay tres tipos de apoyo social: instrumental, socioemocional e informativo. El soporte instrumental es la provisión de ayuda material a una persona necesitada. El apoyo financiero, el transporte, el refugio, el cuidado de niños, la gestión de recados, la cobertura de trabajo, etc., son todos ejemplos de apoyo instrumental. El apoyo socioemocional es lo que uno tiende a considerar como «el hombro en el que llorar». Tal apoyo incluye escuchar, consolar, abrazar, rezar e incluso beber con la persona angustiada. El soporte informativo, el tipo menos estudiado, generalmente se refiere al suministro de información útil y relevante para las necesidades de la persona, como las fuentes de apoyo instrumental o socioemocional (por ejemplo; tratamiento o grupos de apoyo). Se ha demostrado que el apoyo social es un factor importante para amortiguar el estrés (Lincoln 2003; Turner et al. 1998) y para mejorar la depresión (Lin et al. 1999). La pérdida de dicho apoyo podría en sí misma ser una fuente de angustia (Cornwell 2003).

⁴⁷⁰ En el caso de Josep (Lleida, 64), también son parte de su entorno las personas muertas, ya que han aparecido en su casa con forma espectral varias veces para hablar con él, y son algo muy presente en su relato.

⁴⁷¹ Como Ruiz (2015:126-127) comenta, “que nuestros cuerpos sean espacios habitables depende de redes formadas por diversos elementos –células, proteínas, prendas de vestir, alimentos–. Redes que han de ser mantenidas en el tiempo y adaptadas a cada contexto particular. El sostenimiento de un cuerpo pasa por las redes colectivas que permiten la reproducción de la vida, en las que la interdependencia es constitutiva de cada cuerpo, pues la vida halla en la vulnerabilidad de lo humano su capacidad para la acción (Burgos, 2008: 19). La interdependencia resulta entonces de un proceso de corporeización y «estabilización de diversas ecologías de prácticas» (Sánchez Criado y López, 2009: 199). No podemos desvincular el sostenimiento de los cuerpos de cada articulación concreta en la que se mezcla una heterogeneidad de materiales (objetos, tecnologías, cuerpos, representaciones, discursos). De la forma particular en que estos elementos se componen resulta un modo específico de sostener los cuerpos, diferente a otros posibles y abierto a continuas desestabilizaciones, adaptaciones y ajustes.”

En cuanto al apoyo socioemocional, las personas que participan en esta etnografía señalan que para ellas es importante compartir el tiempo y las actividades que realizan con otras personas. Es frecuente que las prácticas puestas en marcha para la activación y mantenimiento de la recuperación sean junto a una persona amiga o un familiar, que informan sobre la existencia de la misma, animan a participar, y acompañan a la persona en su realización.

Además, para bastantes participantes las situaciones de soledad provocan mucho malestar, y sentir la compañía de alguien es un gran alivio. Pilar, por ejemplo, viuda de cuarenta y ocho años, y que desde hace mucho tiempo no tiene empleo, siempre cuenta que su gata, con la que lleva viviendo una década, y en palabras de ella, hace que la casa no esté tan vacía. Y sobre su experiencia con una psiquiatra del servicio público de salud que estuvo atendiéndola durante años, comenta:

Tuve la suerte de encontrar a una psiquiatra, que es con la que sigo, que me ha ayudado muchísimo, que siempre ha estado ahí dándome ánimos. Por ejemplo, me costaba igual levantarme por la mañana y la llamaba: -doctora que no puedo tal-. - Pilar ¡vístete!, sal dar una vuelta, tal [imitando a la psiquiatra]-. Y no es de pago, es de la Seguridad Social. Siempre, -y llámame cuando quieras, no te preocupes- y siempre ha estado ahí dándome ánimos: -lo estás haciendo muy bien-, apoyándome, alentándome. Y esa es la suerte que he tenido. Que después de tantos años he dado con un profesional, porque también he ido a otros privados y tampoco... (Pilar, Bizkaia, 48)

Algo que también Marta⁴⁷² señala cuando habla sobre la importancia de las constelaciones familiares para su recuperación. Desde pequeña sintió que nadie la entendía, y que la gran sensibilidad que ella tiene la separaba del resto del mundo, incapaz de aceptar las diferencias. Pero cuando comienza a asistir a las constelaciones familiares, encuentra personas que comparten una misma visión de la vida; comienza a formar parte de una comunidad afectiva y de sentido, y deja de sentirse tan sola.

Por otra parte, y también relacionado con el apoyo socioemocional, están los contactos piel a piel; varias personas han señalado los abrazos, las caricias, los besos, o simplemente la presencia cuidadora de otra persona como imprescindibles para su recuperación. Para Iban⁴⁷³, por ejemplo, el “apoyo afectivo” que le ofreció su pareja de entonces fue el elemento central para comenzar a recuperarse. Como él mismo señala, “el amor, el cariño, o el apoyo emocional” son fundamentales para la generación de un bienestar, y cuando eso no existe, comenzar y mantener un proceso de recuperación es mucho más difícil.

⁴⁷² Girona, 55.

⁴⁷³ Gipuzkoa, 48.

Iban añade que este tipo de apoyo no sólo puede provenir de la pareja sexoafectiva, sino que la familia o las amistades también lo pueden ofrecer. Además, como también otras personas comentan, es una forma de afectividad que se traduce en “*un abrazo íntimo*”, “*estrecharte entre los brazos para recogerte*”, “*estar sentado a tu lado en la cama*”, o “*simplemente sentirte querido*”.

El soporte instrumental que comenta Francis (2006:601-602), también aparece frecuentemente en la etnografía, ya sea realizando parte de los cuidados, cubriendo gastos económicos, ofreciendo alojamiento, transporte o cualquier otra necesidad logística. Andrea⁴⁷⁴, que siempre ha mantenido un estatus económico bajo, ha contado con el apoyo de sus amistades y de compañeras/os de trabajo para poder pagar la consulta de una psicóloga, o no tener que vivir en la calle las temporadas que peor estaba.

También son muy frecuentes las menciones a familiares que cuidan de las criaturas, en caso de tenerlas, sobre todo en el relato de las mujeres que son madres. Para ellas fue una fuente de bienestar y tranquilidad que alguien se encargara de las tareas de crianza (normalmente otras mujeres) en los momentos de mayor malestar. A este respecto, Marta comenta:

Mi madre me ayudaba en lo que podía ¿no? Cuidándome las niñas, como yo me fui con ella... Me fui a vivir con ella, porque como mi madre se quedó viuda, y al estar yo así [deprimida]... pues entonces yo me fui con ella, y ella me cuidaba las niñas y hacía la comida. Claro eso a mí me permitía estar en mí en mi rincón yo sola conmigo, que era lo que necesitaba. (Marta, Girona, 55)

Y en relación al tercer tipo de apoyo, el informativo, muchas veces se nombra cómo las interrelaciones generan recuperación porque también a través de ellas se traspasa el conocimiento y los contactos con otras redes. Este apoyo de las otras personas es muy importante en la aparición de nuevas estrategias, porque es con ellas como se (re)descubren muchas actividades, formas diferentes de pensar, sentir y hacer, y/o se conocen a otras personas o colectivos que a su vez son nuevos campos de información.

Es llamativo que varias de las participantes hayan comentado de forma explícita que se dieron cuenta de que estaban mal y de que algo tenían que hacer gracias a su relación con otras personas. Por ejemplo, Iryna cuenta una anécdota sobre un día que estaba en una discoteca y alguien le tocó el culo, una anécdota que ya ha aparecido previamente:

Le dije -¿me has tocado el culo?-, y me dice -no- y fue tan cobarde que... y dije -claro que has sido tú, ¿quién coño ha sido si no?-. Lo estampé contra la pared, y bueno, lo cogí del cuello, le dije que me suplicara perdón, le puse de rodillas, bueno... un follón. Y empecé a apretarle el cuello. [...] Pero claro, ese día fue descomunal porque a ese

⁴⁷⁴ Barcelona, 40.

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 porque 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 imagen⁴⁷⁵. (Iryna, Barcelona, 31)

Pero, además, hacer nuevas amistades o conocer más a fondo a las que ya estaban en nuestro entorno ofrece la posibilidad de encontrar otros referentes. Es decir, estar expuestas al mundo puede generar sufrimiento, pero también abre la ventana a otros mundos posibles, creando así nuevas herramientas y sentidos para la vida.

8. 2. 2. Relaciones entre iguales: procesos de identificación

Es interesante hacer una mención aparte a las relaciones que se establecen con aquellas personas que han pasado por una experiencia similar a la propia. Este tipo de vínculos pueden darse en un grupo de ayuda mutua, en una terapia psicológica de tipo grupal, o simplemente con personas conocidas que también sufrieron una depresión.

Somos sujetos relacionales, y en ese espacio común que creamos es donde acontecen nuestros procesos de identificación. Helena comenta:

Porque la ayuda viene de fuera y es importante que esté, pero a la vez la ayuda no viene de fuera. La ayuda sale de dentro, todo sale de ti. Y si no sabes hacerlo salir, entonces, las profesionales que he tenido a mi lado ¿qué han sabido? Han sabido hacer que yo encontrara mis recursos. Yo pienso que es eso, creo que es eso el potencial en sí. Porque sale de ti todo lo que tiene que salir. Con las ayudas ¿eh? Te ayuda una pregunta adecuada, te ayuda una medicación que seguramente sea... yo no noto nada, lo hago por disciplina [muestra su pastillero]. Sale de uno, sale de uno... Porque claro solo no puedes y si no sabes lo que ocurre tampoco; estás ofuscado. En todas las facetas de la vida eres como él te ve, como tú me ves, hoy soy lo que tú estás viendo. Si no tienes ese espejo, pues es una madeja [se ríe]. (Helena, Barcelona, 55)

Es decir, nos definimos y nos vemos a nosotras/os mismas/os a través de los ojos de los demás. ¿Pero qué pasa cuando esas otras personas también han pasado por una experiencia parecida? ¿Ayuda esta relación o dificulta la recuperación?

⁴⁷⁵ Se refiere al recuerdo de la violación que sufrió a los dieciocho años y que hasta entonces había permanecido en el olvido.

Andrea, comenta sobre su participación en un grupo de ayuda mutua:

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. (Andrea, Barcelona, 40)

La experiencia de Iban es similar en cuanto a su relación con dos personas con las que al principio no le unía la amistad, pero que poco a poco se fue tejiendo durante su proceso de recuperación. Este guipuzcoano comenta varias veces que fue imprescindible el apoyo de un chico que había pasado por un proceso de desintoxicación de drogas. Hay que recordar que para Iban el consumo de psicofármacos fue sinónimo de un mayor malestar, y que según comenta, dejar esas sustancias fue el proceso de recuperación en sí. Esta otra persona que también había pasado por una experiencia parecida era capaz de entender la vivencia de Iban desde su propia vivencia. Y un segundo conocido que le ayudó de una forma similar fue alguien que también tenía un diagnóstico de salud mental.

¿Sabes qué pasa? Que estas dos personas han pasado por algo, llámale psicosis, depresión, enganche, benzos [benzodiazepinas]... Si tú has pasado por ahí desarrollas una empatía. La empatía no sé si es algo muy natural en la persona, parte de la empatía en parte se aprende con la vida, sobre todo con las ostias de la vida. Y en momentos críticos en los que -mira estoy así, ven que quiero hablar contigo y tal-, pues está más o menos disponible, se presenta en el momento, entiende tu problema con las benzos, y está ahí contigo y ni hace preguntas tontas ni juzga, sino que está contigo cuando tiene que estar. Es gente que ya ha pasado por lo mismo que tú. (Iban, Gipuzkoa, 48)

Sin embargo, Patricia⁴⁷⁶ tiene una experiencia diferente a la de Andrea o Iban. Ella asistió durante un tiempo a una terapia psicológica de tipo grupal. Según comenta, más que facilitar su recuperación, le generaba una gran sensación de desesperanza porque el resto de personas “estaban peor, y llevaban más años que yo”. Es decir, Patricia el reflejo que encontraba era desolador y le recordaba la posibilidad de la cronicidad. Por esa razón, terminó dejando de acudir a esas sesiones de terapia.

⁴⁷⁶ Araba/Álava, 38.

Analizar con mayor profundidad el porqué de estas diferencias podría ayudar a comprender con más detalle las ventajas o los inconvenientes del apoyo entre iguales. Es decir, futuras investigaciones sobre esta cuestión podrían impulsar la identificación y el estudio de las distintas situaciones que pueden darse al respecto.

8. 2. 3. *No todo el mundo ayuda (de la misma forma): cambios en las relaciones*

Todos los tipos de relaciones entre personas, ya sean con familiares, amistades, parejas sexoafectivas, compañeras/os de trabajo, miembros de la vecindad o comunidad, o profesionales de la salud, pueden apoyar de forma socioemocional, instrumental o informativa. Pero también es cierto que he encontrado algunas tendencias entre el tipo de apoyo y el tipo de relación donde ocurre. Por ejemplo, son las personas de la familia, normalmente mujeres, quienes realizan con más frecuencia las tareas de cuidados (limpiar la casa, cuidar de las criaturas, etc.), y por otra parte, la pareja sexoafectiva (cuando se tiene) es la forma de relación donde se muestra más frecuentemente los sentimientos de malestar y, por tanto, donde mayor apoyo afectivo se recibe o se pretende recibir. Una cuestión esta última, que muchas veces genera más frustración, cuando no se obtiene lo que se esperaba de la otra persona.

Tenemos también las amistades, que pueden ser nuestro gran soporte monetario e informativo: son las/os amigas/os quiénes muchas veces costean nuestras necesidades y además quiénes descubren nuevos lugares y actividades que facilitan la recuperación de la depresión. Mientras tanto, la comunidad o la vecindad normalmente produce una sensación de sentido compartido o de pertenencia, que influye también positivamente. Y las/os profesionales suelen aportar información sobre recursos asistenciales o, en general, nuevas estrategias y tácticas para poner en marcha la recuperación.

Pero, como decía, esto son sólo tendencias, y si desgranamos la realidad aparecen multitud de matices. Por ejemplo, muchas veces las amistades, o en algunas ocasiones las relaciones con compañeras/os de trabajo o con profesionales de la salud, son parte del sostén socioemocional, a la vez que instrumental o material. Y, además, es importante señalar, que estos diferentes ámbitos de relación no funcionan de forma aislada, sino que son nodos interconectados en una red, que van conformando el entorno de la persona protagonista de la depresión. Por ejemplo, Rocío, médico de profesión, comenta sobre su relación con dos enfermeras con las que trabaja de forma habitual:

Ellas veía 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 Maite [una de las enfermeras] 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 [su marido] y le dijo -está Rocío mala, vamos al médico de cabecera, ella

quiere antidepresivos- , -¿Rocío antidepresivos?- porque ellas saben [las enfermeras] que yo no soy de antidepresivos para nada. -Ella está pidiendo antidepresivos, se va a su médico de cabecera, porque sino se los va a tomar por su cuenta- [haciendo gesto de que habla por teléfono, y en alusión a la respuesta de su marido]. Yo no tengo ni medio problema en hacerme una receta y empezarlos, pero sí quería que no fuera subjetivo, no según mi valoración, sino la valoración de otra persona⁴⁷⁷. Y lo pasaron ellas muy mal. Y yo cuando volví [al trabajo], volví con muchísimo miedo porque yo notaba que se olvidaban muchísimo las cosas: palabras [...] Yo estuve de baja del veintinueve de enero hasta el uno 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, -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-. Y muy arropada por Maite y Laura [la otra enfermera]. Las primeras semanas muy arropada; pues estar muy pendientes por si se me olvidaba, no se me olvidó nada nunca, pero igual el nombre de un medicamento, o cosas así. (Rocío, Gipuzkoa, 58)

Pero no siempre las interrelaciones con las otras personas son facilitadoras de la recuperación, y muchas veces son parte de la propia etiología del malestar. Por ejemplo, Carlos⁴⁷⁸ comenta que su familia ha sido más una fuente de sufrimiento que un apoyo de cualquier tipo. Por otro lado, Marta es muy crítica con su entorno en general, y argumenta algunas razones por las que somos incapaces de ayudar o de estar inclinadas hacia la otra:

Vienen y te dice: -¡Anímate! ¡Qué si no lo haces tú! ¡Anímate!!- [Imitando a una voz] - Pero no me cuentes que te está pasando; ánimo-. Nadie venía y se sentaba a tu lado y te decía: explícame qué sientes, yo estoy aquí, te escucho. [Silencio] Nadie. [Silencio] Y tampoco los profesionales ¿eh? Quiero decir que, incluso cuando ibas a la visita, incluso hasta había veces que tú llorabas, como estoy haciendo ahora y era como que ¡puf! ¿Sabes? Ya veías el rechazo de... Bueno supongo que su imposibilidad por hacer nada. ¡Incapacidad! por no hacer nada... Pero su incapacidad la pagamos nosotros [...] Es que no te cuida nadie, es que todo el mundo tiene miedo a caer en ese pozo y cuando ven a alguien que está en ese pozo pues no quieren, se sienten muy impotentes. La gente se siente muy impotente, y tú también sientes la impotencia de la gente. (Marta, Girona, 55)

Es importante señalar que un factor común en todos los relatos recogidos es que las personas, durante su proceso de salud-enfermedad-atención, generan cambios en sus

⁴⁷⁷ En otro momento, Rocío explica que para no ser ella misma quién recetara los antidepresivos, acudió a un colega de profesión para que fuera él quién hiciera el seguimiento del tratamiento psicofarmacológico.

⁴⁷⁸ Bizkaia, 43.

relaciones, especialmente con aquellas que no facilitan la recuperación. Por ejemplo, Roció⁴⁷⁹ afirma que romper el vínculo que tenía con su nuera fue parte de una estrategia que puso en marcha para “*estar mejor*”, porque con en dicha relación ella siempre sentía que no la cuidaban “*y sufría mucho*”. Por su parte Joana comenta sobre una relación sexoafectiva que tuvo:

De ahí salí sintiéndome físicamente muy fea. O sea, mal porque el chico me hablaba en masculino porque no tengo pecho. Un día hizo la gracia -eres mi mejor amigo-, y yo le dije -es verdad, porque no tengo tetas jajaja ¡qué chiste!- ¡Pero es que empecé a hablarme en masculino! Y yo no me di cuenta de lo mucho que me había afectado eso hasta que no pasaron unos meses. Ahora lo pienso y digo, -¡qué hijo de puta!- (Joana, Bizkaia, 31)

Poco después, cuando le pregunté si su forma de vivir las relaciones sexoafectivas ha influido de alguna manera en su recuperación, señala:

Yo creo que eso a mí me ha hecho de una determinada manera también. Además, todo es muy, como muy sexual, en cierta manera. Y de relaciones también el hecho de ser una persona dependiente con las relaciones de pareja. Entonces, yo creo que ha ido cambiando; de hecho, mis parejas desde el principio de los tiempos a lo que han terminado siendo, o sea, no tiene nada que ver. Es como que cada uno, es que no es como mejor, pero sí, mejor [risas]. Mejor, he pasado de gente que me insultaba, que me levantaba la mano, a gente que bueno, pues que yo considero de otra manera. Y eso, pues todo también te va haciendo. (Joana, Bizkaia, 31)

Es decir, las transformaciones que acontecen durante la recuperación suponen irremediamente cambios en la manera de relacionarnos con el entorno: con quién, de qué forma, con cuánta frecuencia, qué espacios transitamos, etc. Y evidentemente, relaciones que no están actuando bajo las lógicas de la *obligación ética existencial* (Butler, 2014) serán más un obstáculo que una facilidad, y tenderemos a desprendernos de ellas para encontrar otras que atiendan nuestra condición de vulnerables.

8. 3. La vida en común: nuestra mayor fortaleza para la recuperación

A lo largo de este capítulo se ha defendido la idea de que la vulnerabilidad, entendida como ontología humana, nos expone a las violencias del mundo, pero también nos permite sobrevivir a las mismas. Una paradoja existencial que también hemos visto representada en los diferentes procesos de salud-enfermedad-atención de las participantes en esta investigación.

⁴⁷⁹ Gipuzkoa, 58.

El ser vulnerable significa ser frágil, es decir, que nos podemos quebrar, como nos ocurre cuando sufrimos una depresión. De igual forma, emprender un proceso de recuperación requiere ser conscientes de esta fragilidad, y a partir de esa realidad, pedir ayuda y poner en práctica estrategias y tácticas para generar la transformación necesaria. Este pedir ayuda, que tantas veces se vive como una incapacidad de logro personal y, por tanto, que nos provoca culpa o vergüenza, es en realidad nuestra mayor fortaleza ante las depresiones. Además, reconocer nuestra interdependencia y la necesidad de la vida en común es una manera de ir resquebrajando el tupido manto cultural del heteropatriarcado neoliberal, el mismo que nos está enfermando.

En el segundo capítulo, las depresiones se describieron como una forma actualizada y contextualizada de la crisis de la presencia definida por De Martino (2000, 2003, 2004). Es interesante recordar esta cuestión porque varias/os autores/as han relacionado esta misma noción con los conceptos de vulnerabilidad, de apoyo mutuo y/o reciprocidad. Amador Fernández Savater (2015), por ejemplo, en una revisión que realiza sobre la obra *La Teoría de Bloom* del colectivo Tiqqun (2005), comenta lo siguiente:

Cada crisis de la presencia (ya sea personal o colectiva) abre una rasgadura en el orden de la metafísica que puede habilitar otra experiencia del mundo: ya no la identidad absoluta de uno consigo mismo más allá de los contextos y las relaciones, sino la exposición, el ser-en-situación, el entrelazamiento, la presencia común. Ya no la visión de lo que tienes enfrente, sino la escucha de lo que tienes al lado. Es una experiencia extática que nos pone «fuera de sí» y dentro del campo de relaciones heterogéneas en el que estamos irremediablemente implicados y al que llamamos mundo. Si la metafísica occidental encuentra su consistencia en el presupuesto de un punto de vista soberano sobre el mundo, la crisis de la presencia puede ser la antesala de un desplazamiento, porque disuelve todo ideal de una presencia autoritaria y dispone otro punto de partida para nuestro habitar. [...] ¿Cómo escapar? La crisis de la presencia no es una cuestión teórica, sino una experiencia radical que nos exige una decisión: reconstruir las defensas en torno a la presencia-fortaleza, declararnos vencidos y dejar de vivir, o bien reinventar la presencia como ser-en-relación. Por tanto, un inmenso potencial de transformación está en juego en el espacio de elaboración de la crisis. Y justo en ese punto carga sus baterías la «metafísica crítica».

Este autor (2015) propone así que la crisis de la presencia es una ventana al cambio, y una posibilidad para pasar de la vida individual y aislada a la vida en común y en relación interdependiente con las otras. Así, podríamos entender las depresiones como una oportunidad para cambiar nuestra predisposición frente al mundo, y como una experiencia que obliga a retomar la vida como algo colectivo y en relación.

Esteban (2015) realiza una reflexión similar, refiriéndose a los cambios que han acontecido en el contexto político vasco de los últimos años. Esta autora retoma la noción de crisis de la presencia para dar cuenta del vacío existencial y de sentido para la sociedad vasca, en general, y el movimiento social de la izquierda vasca, en particular, al hilo de la desaparición de la lucha armada, en un nuevo contexto sociopolítico donde se han producido grandes transformaciones, muchas de ellas inesperadas. Frente a esta cuestión, sostiene la necesidad de nuevas formas de pensar y actuar la política que estén más centradas en lo afectivo y en lo relacional. Es decir, defiende la importancia del “*hacer estando juntxs*”, invitando a repensar las consecuencias que esto puede tener en la idea de que la fuerza es uno de los valores centrales de la cultura vasca, analizado por autoras como Sandra Ott (1981)⁴⁸⁰ o Del Valle et al. (1985)⁴⁸¹.

Por otra parte, Martínez-Hernández (2018) ha relacionado la importancia de la relaciones de reciprocidad como un elemento clave para entender la noción de crisis de la presencia descrita por De Martino (2000, 2003, 2004). Para Martínez-Hernández (2018:151), la pérdida de la *esserci*, y la incapacidad de actuación sobre el mundo o de diferenciarse de él, es consecuencia del “*desmoronamiento de estas mismas relaciones de intersubjetividad y reciprocidad*”. Por tanto, y como explica este mismo autor, si queremos encontrar un remedio al peligro y la amenaza de la pérdida de nuestra presencia en el mundo, debemos retomar las relaciones de reciprocidad, dando, tomando y devolviendo, porque “*son las que permiten «sujetar» y subjetivar a las diferentes entidades componiendo un horizonte cultural habitable*” (ibídem:151).

Hablamos, entonces, de una agencia frente al mundo, y en concreto ante las depresiones, que es colectiva y siempre relacional. Por tanto, una noción de agencia que se asemeja más a la que defiende Mahmood (2011) como respuesta crítica a una idea más individualista de la misma que, como esta misma autora advierte, ha sido sostenido más en el ámbito anglosajón.

Una forma de estar y ser-en-el-mundo que nos ayuda a crear vínculos, es decir, cuerdas que nos sostienen entre nosotras, y que funcionan como una gran red. Por ejemplo, Andreu⁴⁸² que, como ya he señalado, pasó más de un año postrado en la cama por varias fracturas óseas tras un intento de suicidio fallido, siempre enfatiza que sus familiares fueron imprescindibles para su recuperación de entonces, y que gracias a eso mantienen muy buena relación a día de hoy. Además, apunta que su relación con Carla⁴⁸³ y María⁴⁸⁴, otras dos participantes en esta investigación, se ha visto reforzada y enriquecida porque ellas

⁴⁸⁰ Citado en Esteban (2015:90).

⁴⁸¹ Citado en Esteban (2015:90).

⁴⁸² Girona, 43.

⁴⁸³ Girona, 43.

⁴⁸⁴ Girona, 43.

siempre estuvieron pendientes de él en los momentos de más sufrimiento y fueron un gran apoyo. Pero también Carla y María sienten los mismo respecto a Andreu; que la relación entre ambos se consolidó a partir de la ayuda que le prestaron. Es decir, la afectación es bidireccional.

Ahmed (2015), cuando habla de una ética de respuestas al dolor del otro, comenta la imposibilidad de identificarse o de sentir una empatía total con el padecimiento ajeno porque siempre será un sentimiento imposible de aprehender o definir, incluso para la propia persona que lo sufre. Sin embargo, las relaciones de apoyo que establecemos “*involucra[n] estar abierta a verse afectada por aquello que no se puede conocer o sentir*”, y al ponerlas en prácticas, “*cuando respondo al dolor de esa otra, cuando acaricio su mejilla, llego a sentir esto que no puedo conocer*” (Ahmed, 2015:63). Es decir, nuestras identidades en relación se acercan aún más las unas a las otras, cuando estamos atentas al sufrimiento ajeno.

De esta forma, el gesto de la inclinación que, como vimos al principio de este capítulo, crea relaciones de dependencia mutua, está afectando a todas las partes implicadas. Una interdependencia que genera transformaciones en los procesos identitarios. Es decir, las situaciones de reciprocidad, de apoyo mutuo o de cuidados, que sostienen la *obligación ética existencial* (Butler, 2014) ante la vulnerabilidad propia y ajena, crean nuevas formas de habitar el mundo, y de habitar nos a nosotras mismas. Se confronta así la ideología del sujeto autosuficiente, poniendo en valor lo común como fuerza para el cambio, también en los procesos de salud-enfermedad-atención, y en contraposición a lo que las biopolíticas actuales promueven.

En una situación de sufrimiento propiciada por un contexto desigual y violento, nuestra presencia necesita pasar desapercibida, fundiéndose con el mundo, para poder sobrevivir. Pero es justo en esa encrucijada que renace de nuevo la reciprocidad, y donde florece la vinculación con las otras personas y el entorno que nos rodea. Si pensamos al sujeto depresivo como afectado por el mundo y sin capacidad de actuación sobre él, tal y como se condensa en la idea de la crisis de la presencia, vemos una corporalidad que está herida, fragmentada y desconectada de ese mismo entorno que la actúa. Pero a través de la recuperación, ese sujeto debe inclinarse, esperar y a la vez accionar las respuestas que, por una ética existencial, ponemos en marcha de forma colectiva para apoyarnos entre nosotras y seguir así reproduciendo la vida. Entonces, esa misma forma de estar expuesta ante el mundo, esa vulnerabilidad, es a la vez fragilidad y fortaleza.

CONSIDERACIONES FINALES

La depresión es un malestar que se experimenta de formas muy diversas, diferencias que están condicionadas por el género, la edad y/o el grupo socioeconómico de pertenencia, en algunos casos. Una vivencia que está marcada por el protagonismo de la fenomenología de tipo afectivo, donde abunda los deseos de muerte o las pocas ganas por vivir, la tristeza y el llanto, el miedo y la angustia, la ira y el enfado, la culpa, la anhedonia, y a veces, la desaparición de todo, es decir, “la nada” emocional o afectiva. Un tipo de fenomenología muy relacionada con la corporal, que sugiere una desconexión con el propio cuerpo, ya sea porque reacciona de forma “descontrolada” con multitud de somatizaciones (insomnio, dolor de cabeza, pérdida de apetito, etc.), porque desaparece la experiencia sensible e incluso el autoreconocimiento, o porque se convierte en nuestro propio campo de batalla con multitud de acciones autolesivas. Esta desencarnación también se muestra en la fenomenología de tipo cognitivo, cuando la memoria (que siempre es corporal) comienza a fallar, cuando estar en un lugar y tiempo presente se vuelve imposible y entonces la capacidad de atención se reduce, o cuando inundan esa cantidad de “*malos pensamientos*” (encarnados) que tanta frustración y culpa generan. Una ausencia de la corporalidad que también está representada cuando es imposible la comunicación del propio malestar, es decir, y como parte de la fenomenología de tipo interrelacional, se vuelve imposible hablar con las otras personas porque la voz se apaga, y con ella la articulación de fonemas y morfemas, pero también el vehículo de transmisión de deseos y necesidades.

Todas estas experiencias de desconexión con lo material y el tiempo presente llevan a pensar en la depresión como un *impasse* en la vida; un cronotopos diferente del compartido que genera, por tanto, una ausencia del mundo para la persona que las experimenta. Entonces, las depresiones podrían entenderse como una *crisis de la presencia* (De Martino, 2000, 2003, 2004), en cuanto que nuestra existencia en el mundo queda suspendida, porque no podemos actuar sobre él: nos volvemos ausentes en la historia, ausentes en lo colectivo, y al fin y al cabo, ausentes en la vida.

Esta es una situación que, tal y como se ha entendido en esta investigación, no deviene de una disfuncionalidad neuroquímica en el cerebro o de un desequilibrio hormonal, sino que responde a situaciones de desigualdad y violencia socioestructural para las que no tenemos herramientas o estrategias eficaces, o porque no todas somos capaces de soportar esos hostigamientos sin que terminen quebrando nuestra vida.

Por un lado, las desigualdades de género, tanto respecto a las tareas de cuidado como a los modelos de maternidad hegemónicos, así como a las ideologías culturales sobre el envejecimiento o las orientaciones sexuales “normales”, provocan que muchas personas, especialmente las mujeres y/o aquellas que son disidentes con el sistema cisheteropatriarcal, tengan mayores posibilidades de sufrir una depresión. Una situación que se agrava con las diferentes violencias de género, tan frecuentes y tan perjudiciales para la salud.

Por otro lado, enfrentarse a la muerte, a la enfermedad o al desamor, nos recuerda la imposibilidad de controlar el mundo; una angustia existencial que todo grupo cultural intenta resolver con mitos y ritos compartidos, pero que debido a que nuestra sociedad tiende al individualismo y a que el discurso cientificista pretende negar ese “descontrol” sobre el mundo, nos estamos viendo abocadas/os a la negación de los duelos, al menosprecio de sus manifestaciones y, por tanto, al ocultamiento y la negación de los mismos. Una situación que en ningún caso aminora el sufrimiento, sino que lo incrementa, y que forma parte de la etiología de muchos de los relatos de depresión recogidos.

En tercer lugar, el tipo de sistema económico que predomina en nuestras sociedades, el capitalista neoliberal, promueve la idea de lo productivo como eje central de nuestra vida. Vivimos en una *guerra económica* constante (Dejours, 2009:22), que impone unos horarios flexibles ignorando las necesidades reproductivas, y que potencia la competencia como única forma de interrelación en el mundo del “hazlo tú mismo”, donde aquello en lo que trabajas es lo que te define. Esta situación provoca mucho sufrimiento, ya sea por la imposibilidad real de constante éxito, o porque niega lo reproductivo, o porque simplemente muchas personas quedan excluidas del sistema (desempleadas, “incapacitadas”, jubiladas, “sin papeles”, etc.). Es además una cuestión que afecta de forma específica a los hombres, puesto que la masculinidad hegemónica está construida al rededor de la noción de *sujeto trabajo* (Zangaro, 2011:30).

Estos tres ámbitos de sufrimiento; las desigualdades y violencias de género, la gestión sociocultural de los duelos, y el sistema económico neoliberal, nos conducen a considerar que la aparición de una depresión tiene un origen sociocultural, y por tanto, que podemos hablar de ella como de un *malestar social encarnado*.

No está claro que la depresión exista en todas las culturas, y no porque no haya las mismas u otras violencias y desigualdades, sino porque cada grupo sociocultural tiene formas distintas de nombrar, significar y de experimentar sus malestares. Por su parte, el contexto occidental, en la Época Moderna, ha promovido la medicalización de la sociedad en general, y por tanto, de los padecimientos que aparecen, ya sean por causas fisiológicas o por causas sociales. Cuando la racionalidad y la ciencia sustituyeron a la creencia y la religión como rectoras del orden social, político y moral de nuestras sociedades occidentales, la vida siguió estando a expensas de las élites de poder, pero se crearon nuevos dispositivos de gobierno centrados en el cuerpo individual y social, y en las nociones de salud y enfermedad. Una biopolítica que se expresa también en la biomedicina, y desde ese lugar de convergencia debemos entender la experiencia de las depresiones y su recuperación. Por un lado, es muy sugerente la idea de que la fenomenología propia de las depresiones que antes se ha descrito, la de un sujeto al margen del mundo y “ausente” de la vida, está relacionada con las formas culturales de expresar y de sentir, y por tanto, que esa misma sociedad que nos aísla es la que provoca una fenomenología del malestar que es el espejo de sí misma. Por otro lado, se han señalado tres dispositivos biopolíticos que re-producen el control sobre las formas de vida y de muerte, y que están estrechamente relacionados con las experiencias y las representaciones sobre la depresión y su recuperación.

El primero de ellos es el diagnóstico, que consiste en una categorización médica de determinados signos y síntomas, única para todas las personas y muy mediada, además, por los intereses económicos de las empresas farmacéuticas. Una clasificación nosológica que, por otra parte, interactúa con la propia experiencia de la depresión, porque genera un gran alivio o una gran carga. Pero que, en cualquiera de esos dos casos, se convierte en un pilar identitario que dificulta salir del rol de enferma/o que el diagnóstico adjudica, y por tanto, imposibilita imaginar si quiera que la recuperación es posible.

El segundo de los dispositivos de control biopolítico son los psicofármacos antidepresivos o ansiolíticos, que justifican su eficacia por una ideología cerebrocentrista. Estos cuerpos biotecnológicos crean *mundos naturocultures* (Haraway, 1997; Latour, 1993; Puig de la Bellacasa, 2010), en su interacción con el cuerpo humano, dando lugar a corporalidades homogéneas afectiva y relacionalmente hablando, y por tanto, normativizando los procesos mismos de recuperación y de la expresión del malestar. Una negación de las diferencias que para algunas personas puede suponer una ventaja, pero para otras una gran desventaja a la hora de buscar otras estrategias.

El tercer dispositivo es el discurso terapéutico o lo que algunos autores han llamado la *psicologización de la sociedad* (Crespo y Serrano, 2013). Desde finales del s. XX aparece una nueva fase del sistema económico hegemónico que algunas autoras han denominado

capitalismo emocional, por la centralidad del afecto en el discurso y en las formas de control gubernamentales y económicas. Algo que tienen una mayor resonancia en la vida de las mujeres pero que, sin embargo, no ha supuesto ninguna mejora en términos de igualdad. Otra faceta de la biopolítica actual que, articulada con la Psicología, podría resumirse brevemente con tres características principales: el manejo de lo emocional como bastión del sujeto moderno, la idea del crecimiento o del “emprendimiento” personal como sentido de la vida, y el lenguaje discursivo y su narratividad como vehículo para conseguirlo. Es además un tipo de ideología que no sólo transmiten las psicoterapias, los materiales de autoayuda o muchas otras producciones culturales de las sociedades terapeutizadas, sino que está muy relacionado con la emergencia de las terapias *New Age* y del uso occidental de las MACs en los procesos de salud-enfermedad-atención. Una psicobiopolítica que está marcando lo que para las personas significa recuperarse de una depresión, y que su principal consecuencia es la individualización del malestar, desde su origen hasta la búsqueda de recursos para paliarlo.

Por tanto, podríamos concluir que la combinación de estos tres dispositivos biopolíticos (diagnósticos, psicofarmacología y discurso terapéutico) favorece una vivencia única de la depresión y de la recuperación, ignorando y censurando la diversidad de las misma. Además, apoya sus argumentaciones en nociones cerebrocentristas e individualizantes del malestar, negando así la etiología de tipo sociocultural y la noción holística de sujeto -no sólo en relación a toda su corporalidad sino en relación al mundo que lo rodea-.

Sin embargo, se pueden buscar otros modelos explicativos del fenómeno, como hace el Modelo de la Recuperación: un paradigma que surge en el ámbito de la salud mental en los años sesenta del pasado siglo, desde la confluencia de varios sectores críticos, tanto de profesionales como de usuarias/os, que pretendían buscar alternativas a las constantes expectativas de cronicidad y de desempoderamiento que se vivían hasta entonces en los servicios públicos y privados de salud. Un modelo que sirve para entender la recuperación como un proceso de cambio y transformación identitaria, aunque sería aconsejable una revisión del mismo para enfocarla de forma más relacional. También la noción de bienestar, que surge en el propio contexto del modelo de la recuperación, favorece la atención sobre la experiencia subjetiva y por tanto, otorga valor a las voces en primera persona en los procesos de salud-enfermedad-atención, pero igualmente habría que estar atentas a no caer en nociones demasiado individualistas de la misma.

Desde este nuevo prisma, el de la recuperación como transformación identitaria, se han encontrado grandes diferencias entre las personas entrevistadas. Una diversidad que puede representarse en cuatro grandes grupos de experiencias y significados. El primero de ellos se refiere a la importancia de tener cierta autonomía en la gestión del tiempo, evitando que sea rígido y estricto, algo necesario para la contemplación, pero también para

la tranquilidad como sinónimo de bienestar. El segundo de ellos está relacionado con la regeneración de la energía física, pero también de la “*espiritual*”. El tercero tiene que ver con la vuelta de una experiencia sensible y somática que estaba “ausente”, y que supone habitar nuestra propia materialidad. Y el cuarto se refiere a la recuperación (en términos de transformación) de las ganas por vivir, y en general, de la capacidad de desear y de orientar nuestros deseos.

Estas experiencias y significados sobre la recuperación se pueden interconectar entre sí con un elemento común: el de la *fuerza erótica* (Esteban, 2017). Una noción que se refiere al impulso por la vida; una potencia que nos empuja a estar abiertas al mundo, y por tanto, a interaccionar con las otras personas y a ser afectadas y dejarnos afectar. Es decir, una vitalidad que contrasta con lo vivido durante las depresiones, y que sugiere entender la recuperación como un “volver a la vida”, pero una vida encarnada, agente, y relacional, para confrontar la “ausencia” propia de una crisis de la presencia.

Pero “recuperar” esa nueva vida no es fácil. Los procesos de recuperación son lentos y costosos, y siempre está el riesgo o el miedo a las recaídas. Un constante proceso de transformación que requiere activar multitud de estrategias y tácticas para ponerlo en marcha y para mantenerlo. Ya vimos que los servicios públicos de salud ofrecen ciertos recursos, pero también hemos visto sus limitaciones. En interacción con estos, las personas y sus colectivos accionan la autoatención, y generan nuevas formas de paliar sus malestares. En los casos recogidos abundan las referencias a las prácticas de tipo corporal, es decir, a aquellas actividades donde hay un gran compromiso con el cuerpo, ya sea para su transformación, exposición o autoexploración, como, por ejemplo: los deportes, las tareas de cuidado, la artesanías o diferentes disciplinas artísticas, los contactos sexo-afectivos, las terapias *New Age*, los contactos con la naturaleza, los cambios de residencia o los viajes, etc.

Todas estas actividades están potenciando la recuperación de cinco formas distintas. Primero, ayudando a reformar la corporalidad depresiva, por medio de un trabajo corporal que supone nuevos disciplinamientos de la materialidad y a su vez de lo social como producto de la misma. Segundo, fomentando la conexión con la experiencia sensible y somática de la experiencia, predisponiéndola a la acción, al deseo, y a la interacción con el mundo. Tercero, posibilitando el proceso de transformación identitaria a partir de acciones que la van performando, una cuestión muy ligada a la identidad de género como primer lugar de enunciación frente a las otras personas. Cuarto, generando un sentido compartido de la vida, y dotando así de un horizonte común, para romper las barreras que están aislando a las personas de su entorno que provocan una ausencia del mismo. Quinto, siendo el vehículo para gozar y disfrutar de nuevo, aunque sea desde el dolor y/o el esfuerzo, y recuperando entonces las ilusiones por vivir.

Pero estas prácticas corporales no siempre son accionadas con la intención de recuperarse, y algunas veces son puestas en marcha por otros motivos, o simplemente por causalidad. Una cuestión que advierte que la reflexividad sobre el propio proceso de salud-enfermedad-atención no es igual para todos los casos, y de cómo su implicación varía en función de las personas y los colectivos. Sin embargo, si podemos afirmar que este conglomerado de actividades, y su interacción con los recursos ofrecidos por los sistemas públicos de salud, generan un pluralismo médico diverso y múltiple, que daría cuenta del total de estrategias y tácticas necesarias para la recuperación de una depresión.

Un proceso, que como venimos avisando desde el principio, sólo es posible en relación con las otras, en cuanto que somos seres vulnerables y estamos expuestas a un mundo que nos afecta. Una fragilidad existencial que en algunas ocasiones de desigualdad y violencia está quebrando nuestras vidas con “heridas” como la depresión, pero que por medio de la interdependencia somos capaces de cicatrizar. Ser conscientes de esta condición humana posibilita el pedir ayuda, siempre y cuando podamos combatir la culpa o la vergüenza que se genera al saberse frágil en medio de una ideología cultural que promueve la autosuficiencia como valor central. Una forma de estar en el mundo que, no sólo supone un empoderamiento feminista, en cuanto a que rompe con el ideal de la fortaleza como independencia y su asociación con el modelo de masculinidad hegemónica, sino que también promueve la vida en común tejida con los lazos del *apoyo mutuo* (Kröpotkin, 2005 [1902]; Esteban, 2017). Y aunque no podamos romantizar esta idea, porque algunas de nuestras relaciones son perjudiciales para el propio proceso de recuperación, sí que podemos pensar en la depresión como un *impasse* que sirve para volver a darnos cuenta del valor de lo comunitario. Una suspensión de la vida que nos fuerza a crear redes (o reforzar las existentes) con las otras personas, que estarán dispuestas a la ayuda por una *obligación ética existencial* (Butler, 2014).

Por tanto, la depresión aparece como un malestar social encarnado, que se expresa como una crisis existencial donde el sujeto es apartado del mundo y de toda materialidad y tiempo compartido. Pero gracias a las relaciones de apoyo mutuo con otras personas se recupera la vida, porque entre todas accionamos las estrategias necesarias para facilitar esa presencia perdida. Con el gesto de la inclinación, nos ligamos de nuevo al mundo, afectando y dejándonos afectar.

Todas estas ideas han surgido tras una mirada híbrida en el estudio del fenómeno de las depresiones. Se han articulado planteamientos de la antropología de la medicina y la salud por un lado, de la antropología de lo corporal y de los afectos por otro, con ideas y conceptos desde las diferentes teorías feministas y estudios de género. Una forma

novedosa, aunque también arriesgada, de mirar la realidad, pero que gracias a esta variedad de lentes el conocimiento acumulado ha sido rico y complejo.

Por una parte, ha sido muy útil un enfoque desde la antropología médica, en una etnografía sobre una de las enfermedades más diagnosticadas en nuestros sistemas de salud. Este ángulo ha permitido comprender y entender el contexto donde se desarrolla el malestar, la forma en que está condicionada tanto su aparición, como las experiencias, significados y representaciones que lo rodean, o la funcionalidad que tienen para ese mismo contexto. También han sido imprescindibles las aportaciones sobre el enfoque fenomenológico en los estudios de salud, que han permitido comprender la experiencia de las personas y sus narrativas de malestar.

Si bien es cierto que la perspectiva feminista está presente en algunos de las investigaciones de la antropología médica, muchos de los estudios muestran una gran debilidad a este respecto, o simplemente carecen de ella. Para cubrir este vacío acudí a las teorías e investigaciones feministas (por ejemplo, las llevadas a cabo en el ámbito de la salud mental), que han proporcionado las herramientas necesarias para poder entender y explicar cuestiones como el alto índice de feminización en los diagnósticos de depresión, la construcción social y la transformación identitaria necesaria para la recuperación, o una lectura crítica con los factores que condicionaron la aparición de las depresiones. Además de haber sido un referente para otras formas de hacer investigación y relación con la academia.

En tercer lugar, las teorías que provienen desde el enfoque de lo corporal y de los afectos han sido sin duda otro de los pilares imprescindibles en este trabajo. Por una parte, han permitido entender el fenómeno desde un enfoque distinto, donde la experiencia somática era central, y que ha revelado una corporalidad ausente durante las depresiones, y por tanto, la importancia de volver a “habitarla” para la recuperación. Una idea que avisa de la urgencia de dejar de pensar este tipo de malestares como ubicados en el ámbito de la salud “mental”, y que propone una mirada mucho más holística del fenómeno. En este sentido, también lo corporal ha sido la principal bisagra para articular lo social con lo individual, y ha permitido una mirada relacional de todo el proceso de salud-enfermedad-atención.

Por otra parte, este estudio pretendía contrastar las similitudes y las diferencias entre el contexto catalán y el vasco. Sin embargo, finalmente esta comparación no ha sido del todo fructífera, y creo que se debe a la propia selección de la muestra y a los objetivos mismos de la investigación. Por un lado, si hubiera centrado la atención en los recursos ofrecidos por los servicios de salud, seguramente habrían aparecido más diferencias entre los dos contextos, y por otro lado, al estudiar las estrategias y tácticas puestas en marcha para la

recuperación que son parte de los procesos de autoatención, no han aparecido grandes diferencias, al menos, entre las personas que han participado en la investigación. Esta cuestión además está relacionada con haber presentado por separado estos dos tipos de recursos, ya que los dividí entre el capítulo de biopolíticas y el de prácticas corporales. Y aunque posteriormente, en el último capítulo, sí que he tenido en cuenta ambas esferas, la articulación entre los recursos ofrecidos por los servicios de salud (públicos y privados) y lo que queda al margen de los mismos, ha sido descrita de forma muy vaga. Una cuestión por tanto, que podría ser el interrogante de futuras investigaciones.

También creo que hay una ausencia notable en este estudio de las aportaciones que se están haciendo desde la psicología y el feminismo, ya que son numerosas las autoras que han estudiado el fenómeno de la depresión con una perspectiva de género en el ámbito de la psicología y/o la psicoterapia feminista. Una falta que está relacionada con un esfuerzo constante por alejarme de la noción psicologicista del fenómeno e intentar así escapar de las ideologías biopolíticas hegemónicas, pero también ha sido una estrategia para no dejar que mi propia formación como licenciada en psicología “ensuciara” el enfoque antropológico del estudio. Sin embargo, creo que puede ser de gran ayuda poner en diálogo lo que nos ofrecen las diferentes disciplinas académicas, y quizás, pueda ser esta otra línea para estudios posteriores.

Pero no sólo las ausencias señalan nuevas líneas de investigación, sino que las aportaciones que se han ido haciendo a lo largo de este texto también sugieren algunas ideas. Una de ellas tiene que ver con lo que se ha defendido en el último capítulo: la importancia de la vida en común y de las relaciones basadas en el apoyo mutuo como elemento imprescindible para la recuperación en depresiones, y en general, para la reproducción de la vida. Algo en lo que se podría seguir profundizando, para descubrir qué elementos de las relaciones facilitan, y cuáles no, una vida en común marcada por la reciprocidad, aportando así los detalles, las incoherencias y las especificidades de cada situación.

Por último, otra de las intuiciones, muy ligada con la anterior, tiene que ver con el significado de lo que entendemos por vida. Ha sido muy sugerente pensar la depresión como una muerte, es decir, como la ausencia (o la no presencia) en el espacio social, pero también en el propio cuerpo, y la recuperación como la re-generación de esa fuerza erótica de la que hablé en el sexto capítulo, y que podría ser entendida como la energía vital, en cuanto que dispone a los sujetos a una existencia encarnada, deseante, y que es afectada y afecta. Una vida además que es interdependiente, y por lo tanto, que necesita el apoyo de su entorno para existir. Sin embargo, todo esto contrasta con la ideología sostenida por las biopolíticas actuales, que justamente promueven lo contrario: sujetos dóciles, con deseos y corporalidades heterogéneas y controlables, autosuficientes y capaces por sí

mismos. Una contradicción entre estas dos nociones de vida (y muerte) en la que sería interesante seguir indagando, para conocer las articulaciones posibles entre una y otra, y las afectaciones que se dan en la realidad. Pero sobre todo, para entender en profundidad como la vida en común basada en el apoyo mutuo está creando otras vida(s) posible(s), facilitando los procesos recuperación, y en general la re-producción de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

Abajo-Llama, Susana; Bermant, Clara; Cuadrada-Majó, Coral; Galaman, Caterine y Soto-Bermant, Laia (2016) "Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género", en *Musas*, 1(2): 20-34.

Aguirre Baztán, Ángel (2008) "Antropología de la depresión", en *Revista Mal-estar e Subjetividade*, VIII(3): 563-601.

— (1989) "Dimensión antropológica de la depresión", en *Anthropologica: Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría*, 5-6: 27-44.

Ahmed, Sara (2015) *La política cultural de las emociones*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Allué, Marta (1996) *Perder la piel*, Barcelona: Seix Barral.

Almeda, Elisabet (2005) "Pasado y presente de las cárceles femeninas en España", en *Revista Sociológica*, 6: 75-106.

Alonso Suárez, María (2016) "Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental", en *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 40: 14-22.

Angermeyer, Matthis C., y Matschinger, Herbert (2004) "Public attitudes to people with depression: Have there been any changes over the last decade?", en *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 177-182.

Anthony, William A. (1993) "Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s", en *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16: 11-23.

Asomit, Albert y Peterson, Steven A. (eds.) (2000) *Research in Biopolitics. Volume 3: Human Nature and Politics*, Greenwich: JAI Press.

Atxotegui, Joseba (2000) "Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial", en Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep Maria (eds.) *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona: Bellaterra, 83-100.

Austin, John Langshaw (1982, [1962]) *Cómo hacer cosas con las palabras*, Barcelona: Paidós.

Badillo León, Isabel (1998) "Las culturas del ciclo vital", en *Anthropologica: Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría*, 1: 3-16.

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: Taurus, 237-409.

Baker Miller, Jane (1992) *Hacia una nueva psicología de la mujer*, Barcelona: Paidós.

Barba Gassó, Marta y Zapata Hidalgo, María (2018) "Semillas y psicofármacos en el contexto vasco. Etnografías sobre cuerpos biotecnológicos y configuración de la vida", en *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 13(03): 407-430.

Barnes, Barry (2001) "Practice as collective action», en Schatzki, Theodore R.; Knorr-Cetina, Karin y von Savigny, Eike (eds.) *The Practice Turn in Contemporary Theory*, Nueva York: Routledge, 17-28.

Barthes, Roland (1974) "Introducción al análisis estructural de relatos", en Barthes, Roland *et al.*, *Análisis estructural del relato*, Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

Bataille, Georges (2007) *El erotismo*, Barcelona: Tusquets.

Bayo-Borràs, Regina (2010) "¿Son más depresivas las mujeres?", en *Mujeres y Salud*, 29, 8-11.

Belloc, Marcio Mariath (2011) *Homem-sem-história. A narrativa como criação de cidadania* (tesis doctoral), Tarragona: Publicacions URV.

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio y Ramos, Francisco (1995) *Manual de psicopatología*, Madrid: MC Graw Hill.

Benjamin, Walter (1989) *Discursos interrumpidos I*, Buenos Aires: Taurus.

"Bifo" Berardi, Franco (31 de octubre de 2014) "Una sublevación colectiva es antes que nada un fenómeno físico, afectivo, erótico", en *Eldiario.es*: http://www.eldiario.es/interferencias/bifo-sublevacion-afectos_6_319578060.html.

— (2007) "La epidemia depresiva. Una lectura del Cho", en Espai en Blanc (ed.) *La Sociedad Terapéutica*, Barcelona: Espai en Blanc y Bellaterra.

Bleiehmar, Emilce Dio (1993) "Morbilidad diferencial, Enfoque psicoanalítico", en Mas Hesse, Josefina y Tesoro, Amalia (comp.) *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 103-132.

Bofill, Sílvia (2006) "Cuidado formal e informal en Cataluña. Un análisis de la percepción de las mujeres mayores en relación a sus derechos y obligaciones en materia de cuidados y atención", en *Etnográfica*, 10(2): 263-281.

Bonomi, Amy E.; Thompson Robert S. *et al.* (2006) "Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning", en *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6): 458-466.

Bourdieu, Pierre (2012 [1972]) *Bosquejo de una teoría de la práctica*, Buenos Aires: Prometeo Libro.

— (1983) *Poder, derecho y clases sociales*, Bilbo: Desclée de Brouwer.

Braslow, Joel Tupper (2013) "The Manufacture of Recover", en *Annu Rev Clin Psychol*, 9: 781-809.

Buendía Sánchez, Esmeralda (2000) "El hipérico en el tratamiento de la depresión", en *Revista de Fitoterapia*, 1: 37-42.

Burin, Mabel (2003) "El deseo de poder en la construcción de la subjetividad femenina. El 'techo de cristal' en la carrera laboral de las mujeres", en Hemando, Almudena (coord.) *¿Desean las mujeres el poder? Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo*, Madrid: Minerva Ediciones, 34-70.

Burin, Mabel; Moncarz, Esther y Velázquez, Susana (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Barcelona: Paidós.

Butler, Judith (2014), "Vida precaria, vulnerabilidad y ética de cohabitación", en Saez, Begonya (ed.) *Cuerpo, memoria y representación, Adriana Cavarero y Judith Butler en diálogo*, Barcelona: Icaria.

— (2010) *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*, Barcelona: Paidós.

— (2009) *Dar cuenta de sí mismo. Violencia, ética y responsabilidad*, Buenos Aires: Amorrortu.

— (2006) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*, Buenos Aires: Paidós.

— (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Barcelona: Paidós.

— (1997) "Performative Acts and Gender Constitution: an essay in phenomenology and feminist theory", Comboy, Katie; Medina, Nadia y Stanbury, Sarah (eds.) *Writing on the Body. Female embodiment and feminist Theory*, Nueva York: Columbia University Press, 401-417.

Butler, Robert N. (1969) "Ageism: Another form of bigotry", en *The Gerontologist*, 9: 243-246.

Cappelletti, Ángel J. (2005) "Introducción a la tercera edición en español", en Kropötkin, Piotr, *El apoyo mutuo. Un factor de evolución*, Santiago de Chile: Instituto de Estudios Anarquistas, 3-15.

Carceller-Maicas, Natàlia (2013) "Los senderos de las emociones. Narrativas sobre el malestar depresivo en una muestra de adolescentes catalanes", en Martínez-Hernández, Ángel; Masana, Lina y DiGiacomo, Susan M. (eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica*, Tarragona: Publicacions URV, 297-322.

Cardila, Fernando; Martos, África; Barragán, Ana B.; Pérez-Fuentes, María del Carmen; Molero, María del Mar y Gázquez, José J. (2015) "Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años", en *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2): 267-279.

Carpenito, Lynda Juall (1987) *Manual de diagnóstico en enfermería*, México: Interamericana.

Carrasco Bengoa, Cristina (2017) "La economía feminista. un recorrido a través del concepto de reproducción", en *Ekonomiaz*, 91(1): 53-77.

— (2014) *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*, Madrid: La Oveja Roja.

Casadó Marin, Lina Cristina (2011) *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento: acciones corporales autolesivas en jóvenes* (tesis doctoral), Tarragona: Publicacions URV.

Castaño-López, Esther; Plazaola-Castaño, Juncal; Bolívar-Muñoz, Julia y Ruiz-Pérez, Isabel (2006) "Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)", en *Rev Esp Salud Pública*, 80: 705-716.

Castilla del Pino, Carlos (1966) *Estudio sobre la depresión. Fundamentos de una antropología dialéctica*, Barcelona: Península.

Castro, Arachu y Farmer, Paul (2003) "El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima", en *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 29-47.

Cavarero, Adriana (2014) "Inclinaciones desequilibradas", en Saez, Begonya (ed.) *Cuerpo, memoria y representación, Adriana Cavarero y Judith Butler en diálogo*, Barcelona: Icaria.
— (2009) *Horrorismo: nombrando la violencia contemporánea*, Barcelona: Anthropos.

Chiva, Ricardo (24 de febrero de 2018) "Narcotizados, depresivos y eufóricos: lo que el modelo económico empresarial esconde", en *Eldiario.es*: https://www.eldiario.es/tribunaabierta/Narcotizados-depresivos-euforicos-economico-empresarial_6_743385681.html.

Citro, Silvia (2006) "Variaciones sobre el cuerpo: Nietzsche, Merleau-Ponty y los cuerpos de la Etnografía", en Matoso, Elina (comp.) *In-certidumbres del cuerpo. Corporeidad, arte y sociedad*, Buenos Aires: Letra Viva.

Clough, Patricia (2008) "(De)Coding the Subject-in-Affect", en *Subjectivity*, 23(1): 140-155.

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

Comas D'argemir, Dolors (2014) "Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista", en *Mora*, 20: 167-182.

Comelles, Josep Maria (1977) "Interacción familiar y esquizofrenia: Aplicación de un modelo antropológico-social al análisis y terapéutica de un caso clínico", en *Revista del Departamento de Psiquiatría*, 4: 23-43.

— (1971) "Terapéutica y sociedad. Un caso gallego", en *Ethnica*, 4: 49-88.

Comelles, Josep Maria y Martínez-Hernández, Ángel (1994b) "The Dilemmas of Chronicity: the Transition of Care Policies From the Authoritarian State to the Welfare State in Spain", en *International Journal of Social Psychiatry*, 40(4): 283-295.

Connell, Raewyn (2015) *Masculinidades*, México: Universidad Autónoma de México.

Cornejo Valle, Mónica y Blázquez-Rodríguez, Maribel (2013) "La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del 'ambiente holístico'", en *Revista de Antropología Experimental*, 13: 11-30.

Correa-Urquiza, Martín (2010) *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (Otras prácticas, otros territorios para la locura)* (tesis doctoral), Tarragona: Publicacions URV.

Correa-Urquiza, Martín; Silva, Thomas J.; Belloc, Márcio M. y Martínez, Angel (2006) "La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales", en *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22: 47-69.

Cobarrubias López, Esmeralda (2017) "Detonando placer. Una posibilidad a partir del diagnóstico de la enfermedad", (comunicación oral) en *VIII Congreso de Cuerpo Descifrado: los cuerpos del placer y del deseo*, Santiago de Querétaro (México): 19 de octubre de 2017.

Crespo Ordóñez, Carmen (2017) "Desde la precariedad a la construcción de horizontes emancipatorios / buenos vivires desde el enfoque de la sostenibilidad de la vida", en *Dosieres EsF*, 26: 16-20.

— (2014) *Desde la precariedad al Buen Vivir. Narrativas feministas de movimientos sociales en Madrid* (trabajo fin de Máster), Máster en Estudios Feministas y de Género, Bilbao: UPV/EHU: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/15046/TFM.%20CRESPOC.%20Desde%20la%20precariedad%20al%20BV.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Crespo, Eduardo y Serrano, Amparo (2013) "Las paradojas de las políticas de empleo europeas: de la justicia a la terapia", en *Universitas Psychologica*, 12(4): 1111-1124.
- Cruz Ortiz de Landázuri, Manuel (2017) "De la biopolítica a la psicopolítica en el pensamiento social de Byung-Chul Han", en *Athenea Digital*, 17(1): 187-203.
- Csordas, Thomas J. (ed.) (1994) *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge: Cambridge University Press.
— (1993) "Somatic modes of attention", en *Cultural Anthropology*, 8(2): 135-156.
- Damonti, Paola (2017) *Violencia de género en la pareja y exclusión social. Los efectos de la intersección entre diferentes estructuras de desigualdad* (tesis doctoral), Iruñea-Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Dejours, Chsritophe (2009) *Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal*, Madrid: Modus laborandi.
- Deleuze, Gilles (2007) *Empirismo y subjetividad*, Barcelona: Gedisa.
— (2002) *Diferencia y repetición*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Deleuze, Gilles y Guattari, Félix (1997) *Mil Mesetas*, Valencia: Pre-textos.
— (1985) *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*, Barcelona: Paidós.
- Del Valle, Teresa (coord.) (2002) *Modelos Emergentes en los sistemas y las relaciones de género*, Madrid: Nancea.
— (1999) "Procesos de la memoria: cronotopos genéricos", en *La ventana*, 9: 7-43.
- Del Valle, Teresa et al. (1985) *Mujer vasca. Imagen y realidad*, Barcelona: Anthropos.
- De Martino, Ernesto (2004) *El mundo mágico*, Buenos Aires: Libros de la Araucaria.
— (2003) *Sud e magia*, Milán: Feltrinelli.
— (2000) *La tierra del remordimiento*, Barcelona: Bellaterra.
- De Sousa, Boaventura y Meneses, Maria Paula (2014) "Introducción", en De Sousa Santos, Boaventura y Meneses, Maria Paula (eds.) *Epistemologías del Sur (Perspectivas)* Madrid: Akal.
- Díaz de Rada, Ángel (2011) *El taller del etnógrafo. Materiales y herramientas de investigación en etnografía*, Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Dietz, Gunther y Álvarez Veinguer, Aurora (2014) "Reflexividad, interpretación y colaboración en etnografía: un ejemplo desde la antropología de la educación", en Oehmichen, Cristina (ed.) *La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales*, México: Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto de Investigaciones Antropológicas, 55-99.
- Di Giacomo, Susana (2015) "My horse is not my therapist. Embodied communicative practices and the construction of meaning in dressage", en Davis, Dona L. y Maurstad, Anita (ed.) *The meaning of horses*, Londres: Routledge, 115-128.
- Dio Bleichmar, Emilce (1999), *La depresión en la mujer*, Madrid: Temas de Hoy.
— (1993) "Morbilidad diferencial, Enfoque psicoanalítico", en Mas Hesse, J. y Tesoro Amate, A. (coord.), *Mujer y salud mental*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 103-132.
- Durkheim, Émile (2012) *El suicidio*, Madrid: Akal.

Ehrenreich, Barbara (2008) *Una historia de la alegría*, Barcelona: Paidós.

Ellis, Albert (1962) *Reason and Emotion In Psychotherapy*, Nueva York: Lyle Stuart.

Emocríticas (2014) "Entrevista a Jo Labanyi", en Blog Emocríticas: <https://emocriticas.wordpress.com/2014/11/09/entrevista-a-jo-labanyi/>.

Enslar, Eve (2015) *De pronto, mi cuerpo*, Madrid: Capitán Swing.

Espai en blanc (ed.) (2007) *La Sociedad Terapéutica*, Barcelona: Espai en Blanc y Bellaterra.

Esposito, Roberto (2006) *Bíos. Biopolítica y filosofía*, Buenos Aires: Amorrortu.

Esteban, Mari Luz (2017a) "Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología", en *Quaderns-e*, 22(2): 33-48.

— (2017b) "La antropología del cuerpo y las emociones y el estudio de las desigualdades sociales y de género: aportaciones recientes y paradojas", (comunicación oral) en *XIV Congreso de la FAAEE-Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Valencia: 6 de septiembre de 2017.

— (2015) "La reformulación de la política, el activismo y la etnografía. Esbozo de una antropología somática y vulnerable", en *Ankulegi-Revista Vasca de Antropología*, 19, 75-93.

— (2010) "Anexo. La investigación antropológica en salud, atención y género en el Estado español. Tesis doctorales y grupos de investigación", en Esteban, Mari Luz; Comelles, Josep Maria y Díez, Carmen (eds.) *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona: Bellaterra, 329-345.

— (2008) "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos", en Imaz Martínez, Elixabete (ed.) *La materialidad de la identidad*, Donostia: Hariadna, 135-158.

— (2004a) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona: Bellaterra.

— (2004b) "Antropología encarnada. Antropología desde una misma", en *Papeles del CEIC*, 12: <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/papelesCEIC/article/view/12093>.

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

Esteban, Mari Luz; Bullen, Margaret; Díez, Carmen; Hernández García, Jone M. y Imaz Martínez, Miren Elixabete (2016) *Continuidades, conflictos y rupturas frente a la desigualdad: jóvenes y relaciones de género en el País Vasco*, Gasteiz Emakunde - Instituto Vasco de la Mujer.

Esteban, Mari Luz y Távora, Ana (2008) "El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas", en *Anuario de Psicología*, 39(1): 59-73.

Etxebarria, Itziar (1998) "Diferencias de género en cognición, emoción y conducta moral", en *Actas del IV Congreso Vasco de Sociología*, Bilbao, 585-591.

Fassin, Didier (2005) "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes", en *Educação*, 2(56): 201-226.

Favret-Saada, Jeanne (1990) "Être Affecté", en *Gradhiva. Revue d'Histoire et d'Archives de l'Anthropologie*, 8: 3-9.

Fernández-Savater, Amador (2015) "Crisis de la presencia. Una lectura de Tiqqun", en *Carne negra. Fanzine No.4. Pertinencias*: <https://carnenegra.com/2015/10/03/crisis-de-la-presencia-una-lectura-de-tiqqun/>.

Ferrándiz, Francisco (2011) *Etnografías contemporáneas. Anclajes, métodos y claves para el futuro*, Barcelona: Anthropos.

Fleiz, Clara; Domínguez, Mario y Aguiñaga, Aneel (2014) “Las manifestaciones del malestar depresivo masculino”, en *Genero y Salud en cifras*, 12(3): 3-12.

Foucault, Michel (2012) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, Madrid: Siglo XXI.
— (2006b) *Historia de la locura en la época clásica*, Barcelona: Fondo de Cultura Económica.
— (2006a) *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*, Madrid: Siglo XXI.
— (1994) *Hermenéutica del sujeto*, Madrid: La Piqueta.

Frances, Allen (2014) *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*, Barcelona: Ariel.

Francis, Linda (2006) “Emotions and Health”, en Stets, Jan E. y Turner, Jonathan H. (eds.), *Handbook of the Sociology of Emotions*, Nueva York: Springer, 591-610.

Freixas Farré, Anna (2008) “La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista”, en *Anuario de Psicología*, 39(1): 41-57.

Freund, Peter E. S. (1990) “The expressive body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness”, en *Sociology of Health and Illness*, 12(4): 452–477.

García-Grados, Carlos (2017) “La percepción participante como una herramienta metodológica feminista: Una aplicación a los estudios de género”, en *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 12(02): 125-146.
— (2016): “Pertzepzio parte-hartzailea: erreminta metodologiko feminista”, en Esteban, Mari Luz y Hernández García, Jone M. (coords.) *Etnografia feministak Euskal Herrian. XXI. Mendean begira dagoen antropologia*, Bilbao: Udako Euskal Unibersitatea (Universidad Vasca de Verano) y UPV/EHU, 176-192.

García-Orellán, Rosa (2003) “Antropología de la muerte: entre lo intercultural y lo universal”, en Astudillo, Wilson; Orbegozo, Ana; Urdaneta, Elena y Latiegi, Amai (eds.) *Cuidados paliativos en enfermería*, San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 305-322:
<https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/22768AntopologiaMuerte.pdfsequence=3&isAllowed=y>

Geertz, Clifford J. (1989) *El antropólogo como autor*, Barcelona: Paidós.
— (1987) *La interpretación de las culturas*, Barcelona: Gedisa.

Germán, Jesús Carlos y Galán, Eva (2015) *Evolución de los antidepresivos utilizados en la historia reciente* (trabajo de grado), Madrid: Universidad Complutense.

Gili, Margalida; García, Javier y Roca, Miquel (2014) “Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS”, en *Gaceta Sanitaria*, 28(S1): 104–108.

Girona Magraner, María Jesús (2017) *Malestares en las mujeres. Una aproximación desde la antropología social y la teoría feminista* (tesis doctoral), Iruñea: Universidad Pública de Navarra.

Goffman, Erwin (2006) *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorrortu.
— (1969) “The Insanity of Place”, en *Psychiatry*, 32(4): 357-388.

Goldacre, Ben (2013) *Mala farma. Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los*

- médicos y perjudican a los pacientes*, Barcelona: Paidós.
- Goleman, Daniel (1995) *Inteligencia emocional*, Barcelona: Kairós.
- González-Abrisketa, Olatz (2017) “Manifiesto de las especies de compañía, de Donna Haraway”, en *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 12(1): 109–112.
- González-Abrisketa, Olatz y Carro-Ripalda, Sandra (2016) “La apertura ontológica de la antropología contemporánea”, en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 71(1): 101-28.
- González, Emilio (2000) *A unidade de Saúde Mental como broker cultural* (tesis doctoral), Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Good, Byron J. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia*, Barcelona: Bellaterra.
- Gøtzsche, Peter C. (2014) *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*, Barcelona: Los libros del lince.
- Guber, Rosana (2001) *La etnografía, método, campo y reflexividad*, Bogotá: Norma.
- Guilló Arakistain, Miren (2018) “Habitar lo imponderable. Espiritualidades contemporáneas y lecturas alternativas de la menstruación”, en Esteban, Mari Luz y Hernández García, Jone M. (coords.) *Etnografías feministas. Una mirada al siglo XXI desde la antropología vasca*, Barcelona: Bellaterra, 183-207.
- Han, Byung-Chul (2012) *La sociedad del cansancio*, Barcelona: Herder.
- Hanegraaff, Wouter (1996) *New Age Religion and Western Culture*, Leiden, Nueva York y Köln: Brill.
- Haraway, Donna (2016) *Manifiesto de las especies de compañía*, Gasteiz: SansSoleil.
 — (1997) *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan©_Meets_OncoMouse™: feminism and technoscience*, Nueva York: Routledge.
 — (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid: Cátedra.
- Healy, David (2015) “Serotonine and depression”, en *The British Medical Journal*, 350: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1771>.
- Hellas, Paul (1996) *The new age Movement. Religion. Culture and Society in the Age of Postmodernity*, Oxford: Blackwell.
- Hernández García, Jone M. (en prensa) *Algunas instrucciones para abrir la caja negra del conocimiento feminista*.
- Hirigoyen, Marie-France (2013) *El acoso moral*, Barcelona: Paidós.
- Hochschild, Arlie Russell (2008) *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*, Buenos Aires y Madrid: Katz.
 — (1979) “Emotion Work, Feeling Rules, and Social”, en *American Journal of Sociology*, 85(3): 551-575.
- Illouz, Eva (2010) *La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y cultura de la autoayuda*, Madrid: Katz.
 — (2007) *Intimidaciones congeladas*, Buenos Aires y Madrid: Katz.
- Imaz Martínez, Miren Elixabete (2006) “La maternidad en el seno de las parejas lesbianas:

cambios, continuidades y rupturas respecto a los modelos familiares y maternos”, en *Arxius de sociologia*, 15: 89-100.

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

Juliano, Dolores (1998) *Las que saben. Subculturas de mujeres*, Madrid: Horas y Horas.

— (1991) “El lenguaje de los tangos: sobre estructuras y culturas subalternas”, en *Historia y Fuente Oral*, 6: 123-141.

Kadaré, Ismaíl (2001) *El año negro*, Madrid: Alianza.

— (1990) *Abril quebrado*, Barcelona: Muchnik.

Kjellen, Rudolf (1916) *Staten som livsform*, Estocolmo: Hubo Geber.

Kleinman, Arthur (1993) “What is specific to Western medicine?”, en Bynum, William F. y Porter, Roy (eds.), *Companion Encyclopaedia of the History of Medicine*, Londres y Nueva York: Routledge, 15-23.

— (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, Los Ángeles y Londres: University of California Press, 1980.

Kleinman, Arthur y Good, Byron J. (eds.) (1985) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur y Kleinman, Joan (2000) “Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento”, en González, Emilio y Comelles, Josep Maria (comp.) *Psiquiatría Transcultural*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 13-34.

Kleinman, Arthur; Das, Veena y Lock, Margaret (eds.) (1997) *Social Suffering*, Berkeley: University of California Press.

Kröpotkin, Piotr (2005 [1902]) *El apoyo mutuo. Un factor de evolución*, Santiago de Chile: Instituto de Estudios Anarquistas.

Kypriotaki Alexandra-Odette (9 de febrero de 2012) “¿Y si no hiciésemos nada?”, en *Público*: <http://blogs.publico.es/fueradelugar/1625/%C2%Bfy-si-no-hiciesemos-nada>.

Lader, Malcolm (1994) “Anxiety or depression during withdrawal of hypnotic treatments”, en *J Psychosom Res*, 38(1): 113-123.

Lagdon, Susan; Armour, Cherie y Stringer, Maurice (2014) “Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review”, en *European Journal of Psychotraumatology*, 5: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163751/>.

Larrañaga, Isabel; Valderrama, María José; Martín, Unai; Begiristain, José María; Bacigalupe, Amaia y Arregi, Begoña (2009) “Mujeres y Hombres ante el Cuidado Informal: diferencias en los significados y las estrategias”, en *Rev Fac Nac Salud Pública*, 27(1): 50-55.

Larrauri, Mayte (2014) *El deseo según Gilles Deleuze*, Barcelona: Tandem.

Latour, Bruno (2008) *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*, Buenos Aires: Manantial.

— (2000) “When Things Strike Back: a Possible Contribution of ‘Science Studies’ to the Social Sciences”, en *British Journal of Sociology*, 51(1): 107-123.

— (1993) *We have never been modern*, Cambridge: Harvard University Press.

Le Breton, David (1999) *Antropología del dolor*, Barcelona: Seix Barral.

Legarreta Iza, Matxalen (2008) “El tiempo donado en el ámbito doméstico. Reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados”, en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2): 49-73.

Lock, Margaret; Kaufert, Patricia y Gilbert, Penny (1998) “Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case”, en *Maturitas*, 10: 317-332.

López Sánchez, Oliva (2016) “Los significados médicos de las emociones en las enfermedades psiquiátricas en México. La histeria y la epilepsia (1900-1930)”, en Ariza, Marina (coord.) *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*, México: UNAM, 521-545.

— (2011) *La pérdida del paraíso: el lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

López Petit, Santiago (2014) *Hijos de la noche*, Barcelona: Bellaterra.

Lorde, Audre (2003) “Usos de lo erótico. Lo erótico como poder”, en *La hermana, la extranjera. Artículos y conferencias*, Madrid: Horas y Horas.

Mahmood, Saba (2005) *The Politics of Piety: The Islamic Revival and the Feminist Subject*, Princeton: Princeton University Press.

Malinowski, Bronislaw (2001 [1922]) *Los argonautas del Pacífico occidental*, Barcelona: Península.

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

Martín Zapirain, Ixaso (2015) *Eromena, azpimemoria eta isiltasuna(k) idazten: Hutsune bihurtutako emakumeak garaiko gizartearen eta moralaren ispilu* (tesis doctoral), Donostia: UPV/EHU: <https://addi.ehu.es/handle/10810/17543>.

Martínez-Hernández, Ángel (2018) “Suspende el mundo. Crisis de la presencia y reciprocidad en un caso etnográfico”, en *Arxiu d'Etnografia de Catalunya: revista d'Antropologia social*, 18: 131-157.

— (2017) “El secreto está en mi interior”. La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos”, en Comelles, Josep Maria y Perdiguer, Enrique (coords.) *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, Tarragona: Publicacions URV: 305-320.

— (2014) “La cerebralización de la aflicción. Neuronarrativas de los consumidores de antidepresivos en Cataluña”, en *Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE (Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español)*, Tarragona: Publicacions URV, 4346-4355.

— (2010) “Psiquiatría cultural. Teorías, comparaciones y políticas en salud mental”, en Martorell, María Antonia; Comelles, Josep Maria y Bernal, Mariola (eds.) *Antropología y enfermería. Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II*, Tarragona: Publicacions URV, 143-165.

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

— (2000) *What's Behind the Symptom? On Psychiatric observation and Anthropological Understanding*, Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

— (1996) “Antropología, biomedicina y relativismo”, en *VII Congreso de Antropología social*, Zaragoza: Instituto Aragonés de Antropología y FAAEE (Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español).

- (1992) “Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria”, en *Revista Rol de Enfermería*, 172: 61-69.
- Martínez-Hernández, Ángel y Muñoz, Araceli (2010) “Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte”, en *Salud Mental*, 33(3): 229-236.
- Martínez-Hernández, Ángel; Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep Maria (2015) “Genealogía de la Antropología Médica en España - The Genealogy of Medical Anthropology in Spain”, en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXX(1): 205-233.
- Mauss, Marcel (2010) *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*, Buenos Aires: Katz.
- (1991) “Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas”, en *Sociología y Antropología*, Madrid: Tecnos.
- Mayobre, Purificación y Vázquez, Iria (2015) “Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151: 83-100: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.151.83>.
- McDonogh, Gary W. (1989) *Las buenas familias de Barcelona. Historia social de poder en la era industrial*, Barcelona: Omega.
- Medina Domenéch, Rosa Maria (2005) *La Historia de la Medicina en el siglo XXI. Una visión postcolonial*, Granada: Universidad de Granada.
- Memmi, Dominique (2000) “Vers une confession laïque? La nouvelle administration étatique des corps”, en *Revue française de science politique*, 3(19).
- Menéndez, Eduardo L. (2005) “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”, en *Revista de Antropología Social*, 14: 33-69.
- (2002) *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona: Bellaterra.
- Merleau-Ponty, Maurice (1993 [1945]) *Fenomenología de la percepción*, Madrid: Planeta DeAgostini.
- Mies, Maria (1999) “¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feminista”, en Bartra, Eli (comp.) *Debates en torno a una metodología feminista*, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 63-102.
- Minguell, Susanna (2017) *Vulnerabilidad y corporalidad* (trabajo de grado), Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid: Centro de publicaciones.
- Mogollón García, Irati (2018) “Vivir de aquello que nos apasiona”, (comunicación oral) en *IV Congreso Internacional de Antropología AIBR*, Granada: 5 de septiembre de 2018.
- Mol, Annemarie y Law, John (2004) “Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia”, en *Body & society*, 10(2-3): 43–62.
- Morley, Roberts (1938) *Bio-politics: an essay in the physiology, pathology & politics of the*

social & somatic organism, Londres: Dent.

Morris, Brian (2009) *Religión y Antropología. Una introducción crítica*, Madrid: Akal.

Muelas de Ayala, Laura (2018) "Una mirada a las fiestas desde la antropología feminista: el placer como proceso creativo y como espacio político, en Esteban, Mari Luz y Hernández García, Jone M. (coords.) *Etnografías feministas. Una mirada al siglo XXI desde la antropología vasca*, Barcelona: Bellaterra, 273-292.

Muñiz, Elsa (2014) "Prácticas corporales, performatividad y género", en Muñiz, Elsa (coord.) *Prácticas corporales, performatividad y género*, México: La Cifra, 9-37.

Muñoz, Manuel; Pérez, Eloísa; Crespo, María y Guillén, Ana Isabel (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*, Madrid: Editorial Complutense.

Mutuberria, Maite (2018) *Enorme suciedad*, Logroño: Pepitas de calabaza.

Narotzky, Susana (2007) "The Project in the Model. Reciprocity, Social Capital, and the Politics of Ethnographic Realism", en *Current Anthropology*, 48(3): 403-424.

Narotzky, Susana y Moreno Feliu, Paz (2000) "La reciprocidad olvidada: reciprocidad negativa, moralidad y reproducción social", en *Hispania. Revista Española de Historia*, 60(204): 127-160.

Olasagarre, Juanjo (2017) *Poz aldrebesa*, Zarautz: Susa.

Olivé, León (2004) "De la estructura normativa de las ciencias a las prácticas", en Valero, Jesús A. (coord.) *Sociología de la ciencia*, Madrid: Edaf.

Orbach, Susie (2010) *La tiranía del culto al cuerpo*, Barcelona: Paidós.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1992) *Convenio Sobre la Diversidad Biológica*: <https://www.cbd.int/doc/legal/cbd-es.pdf>.

Ortner, Sherry B. (2006) *Anthropology and social theory: culture, power and the acting subject*, Durham: Duke University Press.

— (1984) "Theory in anthropology since the sixties", en *Comparative Studies in Society and History*, 26(1): 126-166.

Osakidetza y Dpto. de Salud del Gobierno Vasco (2016) *Boletín INFAC*, 25(01).

Osborne, Raquel (2009) *Apuntes sobre violencia de género*, Barcelona: Bellaterra.

Ott, Sandra (1981) *The Circle of Mountains. A Basque Sheperding Community*, Oxford: Clarendon Press.

Parsons, Talcott (1958) "Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure", en Jaco, E. Gartyly (ed.) *Patients, Physicians and Illness*, Glencoe: The Free Press.

Pedraza Gómez, Zandra (2007) "Saber emocional y estética de sí mismo: la perspectiva de la medicina floral", en *Antropologica*, XXV(25): 5-30.

Peran, Martí (2016) *Indisposición general. Ensayo sobre la fatiga*, Hondarribia: Hiru.

Perdiguero-Gil, Enrique y Tosal, Beatriz (2007) "Las medicinas alternativas y

complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto”, en *Feminismo/s*, 49.

Pérez-Orozco, Amaia (2014) *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid: Traficantes de Sueños.

Pilgrim, David (2008) “Recovery and current mental health policy”, en *Chronic illness*, 4: 295-304.

Pink, Sarah (2009) *Doing sensory ethnography*, Londres: Sage.

Polaino, Aquilino (1989) “Factores sociales, cultura y depresión”, en *Anthropologica: Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría*, 5-6: 47-66.

Polanyi, Karl (1989) *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*, Madrid: La Piqueta.

Preciado, Paul B. (2008) *Texto Yonki*, Madrid: Espasa.

Puig de la Bellacasa, María (2010) “Ethical doings in naturecultures”, en *Ethics, Place and Environment*, 13(2): 151-169.

Ramírez Velázquez, Josefina (2015) “Las emociones como categoría analítica en Antropología. Un reto epistemológico, metodológico y personal”, en López, Oliva y Enríquez, Rocío (coords.) *Emociones e interdisciplina. Vol. 2. Cartografías emocionales: Las tramas de la teoría y la praxis*, México: Universidad Nacional Autónoma de México e ITESO, 97-126.

Ramos-Lira, Luciana (2014) “¿Por qué hablar de género y salud mental?”, en *Salud Mental*, 37: 275-281.

Reddy, William M. (2001) *The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotions*, Cambridge: Cambridge.

Riccò, Isabella (2017) *En busca de un “nuevo mundo mágico”. De la medicina popular a las terapias new age en un occidente desencantado* (tesis doctoral), Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Rivas, Ana María (2006) “El empleo o la vida: perder el empleo para conservar la vida o renunciar a la vida para conservar el empleo, ¿de qué conciliación hablamos?”, en *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(3): 367-374.

Rodríguez, Manuela (2009) “Entre ritual y espectáculo, *reflexividad corporizada* en el candombe”, en *Avá*, 14: http://www.ava.unam.edu.ar/images/14/pdf/ava14_m_rodriguez.pdf.

Romaní, Oriol (1999) *Las drogas: sueños y razones*, Barcelona: Ariel.
— (1982) *Droga i subcultura: una història cultural del «haix» a Barcelona, 1960-1980* (tesis doctoral), Barcelona: Universitat de Barcelona.

Romero Noguera, Pablo (2013) “Tiqqun en el sur de Italia: magia, «crisis de la presencia» y crítica del sujeto clásico”, en *Estudios*, 3(3): 94-106.

Rosado, María Jesús; García, Francisco; Álvarez, Juan Carlos y Rodríguez, Javier (2014) “El suicidio masculino: una cuestión de género”, en *Prisma Social*, 13: 433-491.

Rosaldo, Michelle Z. (1984) “Toward an anthropology of self and feeling”, en Shweder,

- Richard A. y LeVine Robert A. (eds.), *Culture teory. Essays on mind, self, and emotion*, Cambridge y Nueva York: Cambridge University Press, 136-157.
- Rose, Nikolas (2007) *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty First Century*, Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, Marshall (2006) *Comunicación no violenta: un lenguaje de vida*, Buenos Aires: Gran Aldea.
- Ruiz Marcos, Lorena (2015) *Cuando la memoria pasa por la piel. Escenarios del cuidado en la enfermedad del Alzheimer* (tesis doctoral), Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Sáez Tajafuerce, Begonya (2014) "Pensando poniendo el cuerpo", en Saez, Begonya (ed.) *Cuerpo, memoria y representación, Adriana Cavarero y Judith Butler en diálogo*, Barcelona: Icaria.
- Sáez Buenaventura, Carmen (1993) "Socialización del género y psicopatología: una hipótesis para la reflexión", en González de Chávez, María Asunción (comp.) *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*, Madrid: Siglo XXI, 241-256.
— (ed.) (1979): *Mujer, Locura y Feminismo*, Madrid: Dédalo.
- Schatzki, Theodore R. (2001) "Introduction: practice theory", en Schatzki, Theodore R.; Knorr-Cetina, Karin y von Savigny, Eike (eds.) *The Practice Turn in Contemporary Theory*, Nueva York: Routledge, 10-23.
- Scheper-Hughes, Nancy y Lock, Margaret M. (1987) "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", en *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1(1): 6-41.
- Scott, Anne (1998) "Homeopathy as a feminist form of medicine", en *Sociology of Health and Illness*, 20(2): 191-214.
- Sennett, Richard (2000) *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, en Barcelona: Anagrama.
- Sontag, Susan (1984) *Contra la interpretación y otros ensayos*, Barcelona: Seix Barral.
- Starobinski, Aaron (1969) *La Biopolitique: Essai d'interprétation de l'histoire de l'humanité et des civilisations*, Ch. Salquin.
- Terradas, Ignasi (2002) "Acerca de un posible malentendido sobre la obligación de reciprocidad", en *Endoxa. Series Filosóficas*, 16: 113-138.
- Thompson, Edward P. (2000) *Costumbres en común*, Barcelona: Crítica.
- Tiqqun (2005) *Teoría del Bloom*, Santa Cruz de Tenerife: Melusina.
- Tizón, Jorge L. (2006) "De los procesos de duelo a la medicalización de la vida", en *Jano*, 1818: 58-60.
- Turner, Bryan S. (1989) *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Valls-Llobet, Carme (2011) *Mujeres, salud y poder*, Madrid: Cátedra.
- Velasco, Honorio y Díaz de Rada, Ángel (1997) *La lógica de la investigación etnográfica*.

Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela, Madrid: Trotta.

Vicuña Castrejón, María Begoña (2006) *El médico de cabecera al inicio del siglo xxi: entre la curación y la sanación* (tesis doctoral), Madrid: Universidad Rey Juan Carlos I.

Viveiros de Castro, Eduardo (2010) *Metafísicas caníbales: líneas de antropología postestructural*, Buenos Aires: Katz.

VV. AA. (2002, 2003) *DSM-IV-TR Breviario. Criterios Diagnósticos*, Barcelona: Masson.

VV. AA. (2018) *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Wacquant, Loïc (2004) *Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador*, Madrid: Alianza.

Wallerstein, Immanuel (1979) *El moderno sistema mundial*, México: Siglo XXI Editores.

Weiss Margot (2009) "Rumsfeld!: Consensual BDSM and 'Somasochistic' Torture at Abu Ghraib", en Lewin Ellen y Leap, William L. (eds.) *Out in Public: Reinventing Lesbian/Gay Anthropology in a Globalizing World*, Hoboken: Wiley-Blackwell.

Wong, Janet Y.; Tiwari, A.; Fong Daniel Y.; Humphreys, J. y Bullock, Linda (2011) "Depression among women experiencing intimate partner violence in a Chinese community", en *Nursing Research*, 60(1): 58-65.

Wurtzel, Elizabeth (1994) *Nación Prozac*, Barcelona: Ediciones B.

Zamora Godoy, Esteban (2014) *Pasajes entre el Estado de excepción y el Estado-guerra* (tesis doctoral), Barcelona: Universitat de Barcelona.

Zangaro, Marcela (2011) *Subjetividad y trabajo. Una lectura foucaultiana del management*, Buenos Aires: Herramienta.

Zapata Hidalgo, María (2018a) *Recuperación en depresiones: agencia, género y prácticas corporales. Una etnografía feminista y corporal*, Editorial Académica Española.

— (2018b) "Un caso de etnografía encarnada: las prácticas corporales como herramienta metodológica y de análisis", en Esteban, Mari Luz y Hernández García, Jone M. (coords.) *Etnografías feministas. Una mirada al siglo XXI desde la antropología vasca*, Barcelona: Bellaterra, 251-272.

— (2018c) "Dejarse afectar por el campo. Otra manera de hacer etnografía encarnada", (comunicación oral) en *IV Congreso Internacional de Antropología AIBR*, Granada: 5 de septiembre de 2018.

— (2017), "Importancia de la agencia y las prácticas corporales en la recuperación de las depresiones", en *(Con)textos: revista d'antropologia i investigació social*, 7: 71-85: <http://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/20098>.

— (2016): "Suspertzea depresioetan: haragizaturiko nahigabe sozialaren gorputzuauren aurrean, goputz agentea", en Esteban, Mari Luz y Hernández García, Jone M. (coords.) *Etnografia feministak Euskal Herrian. XXI. Mendean begira dagoen antropologia*, Bilbao: Udako Euskal Unibersitatea (Universidad Vasca de Verano) y UPV/EHU, 155-175.

— (2015), "Influencia de las desigualdades y la socialización del género en la aparición de las depresiones y en la recuperación del bienestar. Importancia de la agencia y las prácticas corporales en la recuperación de las depresiones", (comunicación oral) en *X Congreso Vasco de Sociología y Ciencia Política*, Bilbao: 4 septiembre de 2015.

— (2014), *Depresión y procesos de recuperación: agencia, género y prácticas corporales* (Trabajo Fin de Máster), Donostia-San Sebastián: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea: <https://addi.ehu.es/handle/10810/18921>.

— (en prensa), “Un estudio etnográfico sobre las depresiones: aportes al modelo de la recuperación y a la noción de bienestar”, en Laredo Narciandi, Jose Carlos; Arruda Leal Ferreira, Arthur y Chávez Bidart, Jorge (eds.) *Construir subjetividad. Aproximaciones etnográficas a la práctica psi*, Madrid: UNED.

Zapata, Laura y Genovesi, Mariela (2013) “Jeanne Favret-Saada: «ser afectado» como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico”, en *Avá. Revista de Antropología*, 23: 49-67.

ANEXO I: Guión de la entrevista

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?

ANEXO II: Primeras categorías de análisis

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS 07/11/2016

1. CUERPO

1.1. Cuerpo INDIVIDUAL:

- *Percepción dualista/holística*: ver si la persona hace referencia a su cuerpo como algo ajeno y separado de su mente, o si integra en sus relatos el cuerpo como parte del *self*.

- *Autopercepción corporal/emocional*: analizar si hay autoconciencia de las diferentes partes del cuerpo y autoconciencia de las emociones o sensaciones generadas durante el proceso y las prácticas corporales.

- *Origen de la individualidad*: analizar si se relata una relación directa entre el entorno de pertenencia y el desarrollo de la misma o si se entiende como algo aislado.

- *Imagen corporal*: identificar que autopercepciones tiene de su cuerpo a nivel estético (satisfacción o no), si hay alguna parte del mismo que resalte como más característica, y en general con que adjetivos se describe a sí misma a nivel físico/estético.

- *Fenomenología de la depresión*: analizar los diferentes signos que está persona relata como propios de su depresión, y los cambios que se van produciendo.

1.1.5.1. Emocionales: llanto, tristeza, rabia, culpa, miedo, etc.

1.1.5.2. Somatizaciones: vértigos, cefaleas, pérdida de apetito, etc.

1.1.5.3. Desconexiones: no sentir sensaciones físicas, no reconocer el propio cuerpo, etc.

1.1.5.4. Autolesiones: acciones autodestructivas, intentos de suicidio e ideaciones y acciones autolíticas

1.2. Cuerpo SOCIAL:

- *Concepción de la depresión*:

1.2.1.1. Definición: averiguar primero como la llama esa persona y por qué

1.2.1.2. Naturalización depresión: por factores neurobiológicos o genéticos y luego ver si la entiende como consecuencia de factores neurobiológicos o genéticos (naturalización).

1.2.1.3. Malestar social encarnado: factores sociales como el cansancio por trabajo y roles sociales de gran carga emocional (encarnación).

1.2.1.4. Depresión por azar.

- *Relación con otros cuerpos*: analizar la cantidad y calidad de sus relaciones sociales, cambios que se han dado con las mismas, y la importancia que han tenido en el proceso de recuperación. Además, ver si son un factor clave en el mantenimiento de las nuevas actividades.

1.2.2.1. Familiares

1.2.2.2. Amistad

1.2.2.3. Sexo-afectivas

1.2.2.4. Vecindad-comunidad

1.3. Cuerpo POLÍTICO:

- *Institución y equipo médico-psiquiátrico*:

1.3.1.1. Contextualización: analizar dónde y cuantos fueron los encuentros con estas instituciones, como llegó a ellos.

1.3.1.2. Agente vs paciente: el trato que recibió la persona (como agente activo o pasivo), grado de autonomía que se le concedió en la toma de decisiones.

1.3.1.3. Confianza y satisfacción: grado de confianza y satisfacción en el trato.

1.3.1.4. Relación con recuperación: la influencia en el proceso de curación.

- *Medicalización:*

1.3.2.1. Toma: tipo de medicación, analizar si ha sido una toma continuada.

1.3.2.2. Grado satisfacción: satisfactoria o no.

1.3.2.3. Relación con recuperación: si ha permitido seguir con las actividades habituales o a incapacitado para las mismas, y la influencia en el proceso de curación.

Otras sustancias no biomédicas:

1.3.3.1. Toma: tipo de sustancia, analizar si ha sido una toma continuada.

1.3.3.2. Causas, consecuencias y satisfacción: satisfactoria o no, razones para la toma y forma en que se conoció/acercó la sustancia (amigos, terapeuta, etc.).

1.3.3.3. Relación con recuperación: y la influencia en el proceso de curación.

- *Espacios terapéuticos:*

1.3.4.1. Contextualización: analizar dónde y cuántos fueron los encuentros en estos espacios terapéuticos, que tipo de actividad terapéutica proponían, cómo llegó la persona a ellos.

1.3.4.2. Agente vs paciente: el trato que recibió la persona (como agente activo o pasivo), grado de autonomía que se le concedió en la toma de decisiones.

1.3.4.3. Confianza y satisfacción: grado de confianza y satisfacción en el trato.

1.3.4.4. Relación con recuperación: la influencia en el proceso de curación.

- *Ámbito laboral:*

1.3.5.1. Contextualización: analizar el tipo de relación que mantuvo o mantiene con su superior/a y resto de compañeras/os, importancia dada por la persona a este ámbito en su vida en general.

1.3.5.2. Relación/Reacción: relación de confianza con el ámbito laboral para contar o no su situación, facilidades o dificultades del ámbito laboral puestas en marcha tras conocer su situación.

1.3.5.3. Relación con recuperación: afectación de este ámbito en el proceso (supuso un apoyo o un obstáculo para la recuperación) y cambios en el mismo como parte del proceso.

- *Vivencia del diagnóstico:* describir si tuvieron o no diagnóstico y cuál era.

Si tuvieron:

1.3.6.1. Estigmatización: analizar si para la persona es algo estigmatizante (vergüenza, culpa, aislamiento social, etc.), algo que ha supuesto sensación de incapacidad pero sin llegar a estigma, o ha supuesto una sensación de alivio.

Si no tuvieron:

1.3.6.2. Autodiagnóstico: ¿por qué ellas lo llaman así?
(estas dos sub-subcategorías no serían excluyentes)

- *Clase socioeconómica y cultural:* describir la clase social de pertenencia y nivel cultural, y la relación que ellas le otorgan con la instalación de la enfermedad y su recuperación.

- *Edad:* describir edad de comienzo de la depresión y fin de la recuperación. Analizar en que medida las personas relacionan la edad que tienen o tuvieron con la recuperación.

- *Lenguaje:* tipo de lenguaje-vocabulario utilizado para hablar de su proceso: biomédico (médico, psicología, psiquiatría, trabajo social, etc.), energético-espiritual, jerga lego, politizado-activista.

2. AGENCIA

- *Autonomía*: analizar la capacidad de decisión de la persona en todo lo relativo al proceso (medicalización, puesta en marcha de nuevas actividades/prácticas corporales, comienzo en procesos terapéuticos, etc.).

- *Capacitación para tareas cotidianas*: describir las dificultades de la persona en la consecución de aquellas actividades de la vida diaria que permiten su bienestar.

- *Cambios propiciados*: que han sido puestos en marcha por la persona y que han facilitado el proceso de recuperación.

2.1. Del exterior: en entornos y/o relaciones.

2.2. Del interior: en hábitos de vida, y todo aquello que la persona no relacione explícitamente con cambios relacionados con su entorno ("fui yo que cambié esto de mí").

- *Intencionalidad*: si hubo y en que grado, en que momento, importancia dada por la persona a la intencionalidad de su actividad para alcanzar la recuperación.

2.3. Objetivo individual o colectiva; analizar en que medida es una actividad para lograr fines colectivos o individuales.

- *Reflexividad*: en que grado, en que momento, importancia dada por la persona a esta reflexividad para su recuperación.

3. GÉNERO

- *Autodefinición y performatividad*: describir como se autodefine la personas dentro de esta categoría, y analizar aquellas prácticas, roles e ideologías (primeros temas con los que se relacionan) que relata o se observa y que están en consonancia o discordia con esta autodescripción.

- *Origen del género*: analizar si la ideología que subyace a la concepción del género es de naturalización, de construcción social o postestructuralista.

- *Importancia en proceso*: analizar la importancia que la persona otorga a su condición de género en la instalación de la enfermedad y en la recuperación del bienestar.

3.1. Cambios para recuperación.

- *Violencias de género*: analizar en que medida se han dado y se están dando situaciones de violencias de género (directas o indirectas) contra la persona informante.

4. BIENESTAR/RECUPERACIÓN

- *Definición del bienestar/recuperación*: analizar como describe cada persona lo que es la recuperación del bienestar para ella, o el bienestar en sí mismo.

- *Relación con placer/disfrute*: analizar la relación de su bienestar con actividades, objetos o relaciones que son placenteras.

- *Relación con el discurso terapéutico*: ideología subyacente a la vivencia del bienestar de forma individual, a partir de una narratividad centrada en el sufrimiento, origen familiar del mismo, control emocional, desarrollo de la comunicación, etc.

5. PRÁCTICAS CORPORALES

- *Tipo*: deportes, terapias *New Age*, terapias biomédicas-psicológicas, prácticas artísticas, prácticas profesionales, prácticas de cuidados reproductivos, prácticas de ocio (viajes, salidas nocturnas, cenas con amigos, etc.), modificaciones explícitas de lo corporal

(maquillarse, vestirse, cortar el pelo, etc.), asociacionismo y/o participación en activismos colectivos.

- *Temporalidad*: cuándo y durante cuánto tiempo han sido puestos en marcha.

- *Acceso*: quién o cómo accedieron a esta actividad.

- *Beneficios*: consecuencias que tuvieron para la persona y grado de importancia que le otorgan para su recuperación.

- *Individuales o colectivas*: las acciones son emprendidas y mantenidas de forma colectiva o individual

6. CRISIS VITAL E IDENTIDAD

- *Crisis vital*: analizar en que medida la aparición de las depresiones está relacionada con la experiencia de una crisis vital (varios acontecimientos vitales inesperados y no gratificantes que a la persona le cuesta gestionar): Grado de conciencia de la persona, si lo relaciona directamente o no con la vivencia de la depresión, cómo la define (si es que la nombra de alguna forma), reacción de su entorno ante estos sucesos, etc.

- *Transformación identitaria*: (ver 1.1.3 para ideología sobre identidad) cambios en la forma de verse y entenderse a sí misma durante el proceso de recuperación. (ver también 3.3.1. en relación con género, y 2.3. en cambios más generales). Y si lo relaciona directamente con su recuperación.

7. PLURALISMO MÉDICO Y AUTOATENCIÓN

- *Plurismo médico*: articulación de medicinas alternativas, medicinas populares y biomedicina.

- *Autoatención*: recomendaciones o prácticas médicas que se relativizan, cambian o usan con independencia del profesional que las recomendó, y que son llevadas a cabo por la persona enferma o su grupo social.

7.1. Autocuidado y género: analizar en que medida son las mujeres las que más realizan estas tareas de autocuidado.

8. MEMORIA: analizar como es el acceso a los recuerdos (sencillo, costoso, depende de los años, del tipo de experiencia), mediación de la memoria en la reconstrucción de la narratividad.

9. OBJETOS: analizar si hay objetos que han sido o son relevantes para la recuperación, que para la persona tienen un valor en el proceso y forma en que se relaciona con ellos.

