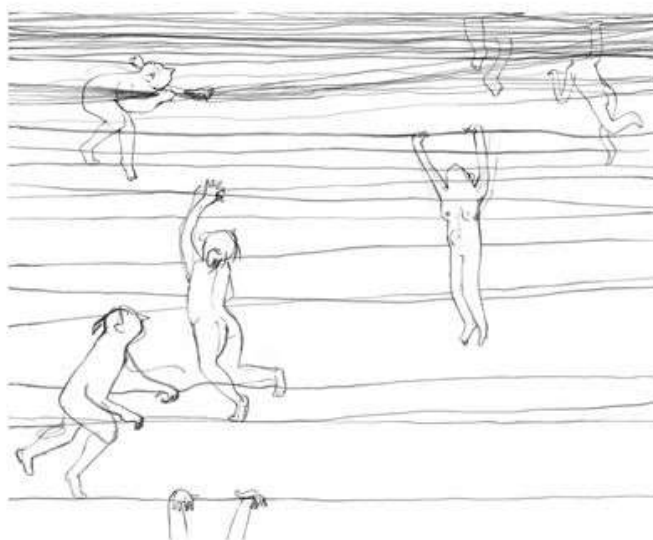


LA DEPRESIÓN Y SU RECUPERACIÓN

Una etnografía
feminista y corporal



María Zapata Hidalgo

Micaela Portilla
SARIA-PREMIO

UPV/EHUko MICAELA PORTILLA VITORIA SARIA
PREMIO MICAELA PORTILLA VITORIA de la UPV/EHU
(VIII. edizioa-edición. 2019)



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

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)⁴⁵³, 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.

453

Citado en Begonya Saez Tajafuerce (2014:8).

Desarrolla esta idea a partir de la figura de la madre que cuida del bebé⁴⁵⁴, y que por tanto, se curva hacia dentro, despojándose de una postura de verticalidad frente al mundo⁴⁵⁵, 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.

⁴⁵⁴ En concreto, la autora se refiere a la figura de la *madonna*, tan popular en Italia.

⁴⁵⁵ 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*⁴⁵⁶, 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*⁴⁵⁷ *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.

⁴⁵⁶ <http://palabrasdislocadas.com> [Consulta: 17/01/2019]

⁴⁵⁷ 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.

Andrea⁴⁵⁸ 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

⁴⁵⁸ 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 autosuficiente⁴⁵⁹, 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

⁴⁵⁹ 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.

relaciona con su pareja que es con quien vive. Y aunque mantiene cierta relación con 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 ploro⁴⁶⁰ [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.

⁴⁶⁰ 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)⁴⁶¹. 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

⁴⁶¹ 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 vulnerabilidad⁴⁶², 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:

⁴⁶² 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^{*463} 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”⁴⁶⁴; 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.

⁴⁶³ 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.

⁴⁶⁴ <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 Inma⁴⁶⁵ 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 individual⁴⁶⁶, y no tanto un bien colectivo o de otras personas⁴⁶⁷.

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

⁴⁶⁵ Bizkaia, 62.

⁴⁶⁶ 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.

⁴⁶⁷ 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)⁴⁶⁸.

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.

⁴⁶⁸ 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 personas⁴⁶⁹, frente a otros agentes (objetos, animales, espacios, representaciones, etc.)⁴⁷⁰, 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).

⁴⁶⁹ 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.

⁴⁷⁰ 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 Marta⁴⁷¹ 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 Iban⁴⁷², 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.

⁴⁷¹ Girona, 55.

⁴⁷² 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. Andrea⁴⁷³, 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

⁴⁷³ 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 imagen⁴⁷⁴. (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?

⁴⁷⁴ 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, Patricia⁴⁷⁵ 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.

⁴⁷⁵ 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 persona⁴⁷⁶. 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, Carlos⁴⁷⁷ 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

⁴⁷⁶ 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.

⁴⁷⁷ Bizkaia, 43.

relaciones, especialmente con aquellas que no facilitan la recuperación. Por ejemplo, Roció⁴⁷⁸ 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 empezó 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.

⁴⁷⁸ 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)⁴⁷⁹ o Del Valle et al. (1985)⁴⁸⁰.

Por otra parte, Martínez-Hernández (2018) ha relacionado la importancia de las 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, Andreu⁴⁸¹ 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 Carla⁴⁸² y María⁴⁸³, otras dos participantes en esta investigación, se ha visto reforzada y enriquecida porque ellas

⁴⁷⁹ Citado en Esteban (2015:90).

⁴⁸⁰ Citado en Esteban (2015:90).

⁴⁸¹ Girona, 43.

⁴⁸² Girona, 43.

⁴⁸³ 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 habitarlos 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.