

**¿SOY DEPRESIVO O ESTOY DEPRIMIDO?: CONSTRUCCIÓN DE LA
IDENTIDAD A PARTIR DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE DEPRESIÓN
TOMANDO EN CUENTA UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Trabajo de Investigación presentado por:

Natalia DE CASTRO BEAUJON

Y

Ariadni GONZÁLEZ APARICIO

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito para obtener el título de
Licenciado en Psicología.

Profesor Guía:

Joel GUZMÁN

Caracas, Julio de 2018

A nuestros participantes, espero haber contribuido en darle un significado a sus experiencias. Ellos contribuyeron a la mía.

Natalia De Castro Beaujon

Para los que sufren en silencio.

Ariadni González.

Agradecimientos

A Joel, por enseñarnos cómo darle vida a nuestro trabajo, sin ti no hubiera tenido el mismo significado.

A Ariadni, por la compañía y el apoyo, y por siempre hacerme ver más allá. Nunca dejes de filosofar.

A Juan Carlos y María Elisa, por su apoyo e interés, y por creer en lo valioso que esto podía llegar a ser.

A mi madre y mi hermana, por su comprensión y su incansable disposición a estar allí para mí en los momentos más oscuros.

A Robert, por haber sido un vínculo importante en mi proceso de recuperación.

Natalia De Castro Beaujon.

A Joel, por acompañarnos y guiarnos. Por transmitirnos su pasión a la investigación cualitativa. Por todas las enseñanzas.

A Natalia, por su valentía y compromiso para compartir su mundo interno en este proyecto.

A Valeria, Carolina, Lila y Juan, por contarnos sus historias.

A todos los profesores que durante mi formación me han conmovido y transmitido su sensibilidad ante lo humano.

A mi familia y mis amigos, por hacerme amar y crecer tanto.

Sin ustedes esto no sería posible.

Ariadni González.

Índice de contenido

Resumen	6
Introducción.....	7
Contexto Conceptual	10
Identidad	10
Depresión	18
Género.....	34
Proceso de recuperación	41
Exposición del problema de investigación	46
Diseño general de la investigación	51
Postura paradigmática.....	51
Objetivos.....	59
Participantes.....	59
Rol de las investigadoras	61
Contextos de recolección de la información.....	62
Prácticas de recolección de la información.....	62
Métodos de análisis e interpretación de la información.....	64
Consideraciones éticas	65
Análisis de los resultados	68
Categorización y organización de la información	68
Aclaraciones previas	68
Breve historia de los participantes	70
Valeria	70
Carolina	71
Lila	72
Juan.....	72
Análisis temático	74
Vivencia del sí mismo.....	74
Dando voz al sufrimiento.....	89
Género.....	100
Proceso de recuperación	108
Discusión	118

Lo metodológico	118
Discursos acerca de lo depresivo	119
Miradas respecto a la búsqueda de ayuda en profesionales de la salud	122
Conclusiones y recomendaciones	126
Referencias bibliográficas	128
ANEXOS	136
ANEXO A.....	137
CONSENTIMIENTO INFORMADO	137
ANEXO B.....	140
GUIÓN DE ENTREVISTA.....	140
ANEXO C.....	142
ENTREVISTA CON VALERIA.....	142
ANEXO D.....	163
ENTREVISTA CON CAROLINA.....	163
ANEXO E.....	180
ENTREVISTA CON LILA	180
ANEXO F	214
ENTREVISTA CON JUAN	214
ANEXO G.....	242
DIARIO DE CAMPO	242

Resumen

La presente investigación se centra en realizar una comprensión de la construcción de la identidad de personas adultas que han sido diagnosticadas con depresión, partiendo de su experiencia subjetiva. Con este fin, se llevaron a cabo cuatro entrevistas a profundidad, a tres mujeres y un hombre, a través de las cuales se comprendieron fenómenos como la identidad, la experiencia subjetiva de depresión, los discursos de género en dicha condición y el proceso hacia la recuperación. Encontrando que ante tal vivencia, las personas construyen su identidad alrededor del discurso que se ha elaborado comúnmente en torno a la depresión, el cual forma parte de sus características estables de identidad, previos a ser diagnosticados, y que, posteriormente se ve reafirmado al recibir el diagnóstico. En este proceso se forman narrativas de vida y significados asociados a la experiencia y a los discursos tradicionales de género y de los profesionales de la salud, en donde la identidad se vive como fragmentada, e inseparable de la depresión, hasta el punto de ir más allá que la experiencia en sí, y sentir que la depresión los acompaña a lo largo de sus vidas. Se hizo relevante la importancia de problematizar las implicaciones de ciertas nociones teóricas dominantes, así como los discursos tradicionales, que tienen un gran impacto en la vivencia con depresión, siendo central en la aproximación a la comprensión de estas experiencias, tomar en cuenta la subjetividad y los significados que se construyen a partir de ella.

Palabras clave: Depresión; identidad; experiencia subjetiva.

Introducción

De Castro (2017), una de las autoras de esta investigación, comparte parte de su propia experiencia con depresión relatada en su diario de campo:

Me he dado cuenta últimamente que suelo hablar de mí misma como una persona triste y que me identifico con características de personalidad melancólicas. Al referirme a mí misma suelo decir que ‘soy depresiva’ y hablo de mi propia forma de ser y de pensar tratando de explicarlas por mis ‘características depresivas’. ¿En qué momento la depresión se volvió tan nuclear? ¿Por qué no puedo hablar de mi experiencia en otros términos, como algo por lo que pasé y no algo que soy? Sí, pasé por una crisis, tuve depresión, pero a pesar de que ahora estoy bien y me siento recuperada no puedo dejar de decir que soy depresiva. ¿Cómo llegó la depresión a definirme, a ser parte de mi identidad?

Así como esta cita resulta contundente, puede sonar bastante ajena para la mayoría, ya que si bien el concepto de depresión es bastante conocido y utilizado de manera habitual, quien no la haya vivido no podrá llegar a comprender lo que se siente estar deprimido y las consecuencias que puede llegar a tener la depresión sobre las personas más allá de los síntomas. Un elemento que resalta de la depresión es la manera en que parece atacar a aquel que la padece directamente en la manera de verse a sí mismo, tanto que incluso en algunos casos la persona no puede pensar en un momento de su vida en el que no haya estado inundado por la tristeza o en el que no haya “sido depresivo”.

A pesar de la dificultad que conlleva para las personas con depresión el hecho de describir lo que se siente, en el intento, hay similitudes en la forma en cómo se refieren a ella. Es descrita como una vivencia sofocante, de ahogo, de sentirse solo y perdido, de estar desconectado de los demás, de sentirse viviendo un infierno (Karp, 1994; Lewis, 1995; Organización Health Talk, 2017; Wurtzel, 1994).

La depresión es el trastorno mental más común en la población mundial según Asociación de Psicología Americana (2018) y, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2000) es la principal causa del deterioro del bienestar psicológico en el mundo. De hecho, actualmente hay en el mundo aproximadamente 322 millones de personas que sufren de depresión (OMS, 2018), siendo éstos el 4,4% de la población mundial.

Se caracteriza por varias manifestaciones como: falta de interés en actividades diarias, falta de energía, ganancia o pérdida de peso, insomnio o sueño excesivo, inhabilidad de concentración, ideación suicida, cambios de humor, sentimientos de inadecuación o culpa excesiva (APA, 2018). Además, cabe resaltar que diversas referencias aluden que la depresión es una condición que en la adultez posee mayor prevalencia en las mujeres, teniendo éstas aproximadamente el doble de la incidencia (Mazure, Keita y Blehar, 2002; OMS, 2017; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Según el Instituto Nacional de Estadística (2013), la última vez que el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela publicó cifras oficiales de los principales motivos de consulta de trastornos mentales fue en 2011, por lo que no se poseen datos actuales de su incidencia. Según la OMS (2017), se estima que actualmente hay un 4,2% de prevalencia de poseer depresión en Venezuela.

Karp (1994) plantea que la depresión es la enfermedad de la identidad debido a que la paradoja de la depresión consiste en que los afectados añoren conexión y sientan desconsuelo de su soledad, y sin embargo, se vuelven incapaces de estar con otros debido a la dificultad para comunicar sus sentimientos, así como de ser comprendidos, lo cual produce que opten por mantener su sufrimiento en privado. Para Karp (1994), la alteración del tono afectivo con el que se concibe la propia vida tiene implicaciones en la forma en que las personas se relacionan con los otros y consigo mismos, y esto afecta la manera en que se construye la propia identidad. De esta idea parte el fenómeno de investigación que se abordó y el interés por investigar a la identidad luego de haber pasado por una experiencia de depresión.

Algunas posturas clínicas (médica y cognitiva) y el uso de los manuales diagnósticos parecen dejar de lado la experiencia de cómo vive la persona que atraviesa por la depresión, por lo que nos interesó investigar la manera en que las personas adultas conciben su identidad luego de haber vivido la experiencia de recibir el diagnóstico de depresión, centrándonos en su vivencia subjetiva y los significados asociados a cómo vivieron esa experiencia. Esto se desglosa en objetivos específicos tales como: entender el impacto que tiene el diagnóstico de depresión sobre la identidad de los participantes, indagar las causas que atribuyen al surgimiento de su depresión, y, conocerlas vivencias y significados que construyen de su experiencia con depresión. Esta investigación se enmarca en el área de la Psicología Clínica, y el área de Psicología de la Personalidad y Psicología Social definida por la APA (2018), debido a que comprende la identidad desde

una construcción social y el trastorno mental de la depresión y su tratamiento en un marco clínico.

La presente investigación corresponde a una metodología cualitativa de diseño fenomenológico, utilizando como técnica de recolección de información la entrevista individual a profundidad y el análisis temático como método de análisis interpretación de la información. Esta postura permite dar cara y voz a la experiencia subjetiva de las personas en su propio contexto, buscando brindar una perspectiva más completa de la persona que atraviesa por esta experiencia e interpretaciones que puedan tener utilidad para los que han vivido la depresión. A su vez, permite una visión crítica de lo que se entiende por identidad y depresión en la psicología.

Contexto Conceptual

Identidad

Situamos este estudio en el marco de la posmodernidad, término que Lyotard (1991) introduce y define como la condición del saber en las sociedades, que “designa el estado de la cultura después de las transformaciones que han afectado a las reglas de juego de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del siglo XIX” (p. 4).

La posmodernidad surge en reacción a los postulados de la Ilustración (Siglo XVIII), en los cuales había una absolutización de la razón, que es negada rotundamente por los posmodernos, surgiendo en su lugar el lenguaje como un marco interpretativo de la realidad. Es importante destacar su cualidad de marco interpretativo, ya que se niega que la realidad pueda ser conocida a cabalidad y de forma objetiva. El lenguaje y la forma de ver al mundo se encuentra enmarcada dentro de pautas históricas, sociales y culturales (Ledezma, 2005).

Lyotard (1991) explica la condición posmoderna como una emancipación de la razón de la influencia ejercida por los grandes relatos, siendo éstos verdades consideradas universales, últimas o absolutas, empleados para legitimar proyectos políticos o científicos. La ruptura con la razón totalizadora supone el abandono de los grandes relatos y el retorno a los pequeños relatos. Se pierde la credibilidad de la idea de un gran discurso y en su lugar aparece una pluralidad de ámbitos de discurso y narraciones en el mundo académico. Por ello, la posmodernidad representa una reivindicación de la subjetividad y lo local frente a lo universal (Gergen, 2007; Rocca, 2011).

El mundo posmoderno se caracteriza por una multiplicidad de “juegos de lenguaje” que compiten entre sí, pero de tal forma que ninguno puede reclamar la legitimidad definitiva de su forma de mostrar el mundo (Rocca, 2011). Lyotard (1991) utiliza el término “juegos de lenguaje” para explicar que el uso del lenguaje es como un juego de ajedrez, es decir, se define por un grupo de reglas que determinan las propiedades de las piezas y el modo adecuado de moverlas.

Tal como afirma Hoyos (2005): “La posmodernidad es la desmitificación radical, la caída de ‘los ídolos’ que sustentan el proyecto moderno: razón, historia, progreso, visión objetivista, universalización, para dar paso a la diferencia, la discontinuidad, la deconstrucción, el pluralismo” (p. 148).

En esta línea de pensamiento, el fenómeno de la identidad según Lyotard (1991): “no está aislado, está atrapado a un cañamazo de relaciones más complejas y más móviles que nunca. Joven o viejo, hombre o mujer, rico o pobre, siempre está situado sobre nudos de circuitos de comunicación, por ínfimos que estos sean” (p. 15). La subjetividad es un efecto de los discursos en los que estamos situados, el sujeto se encuentra situado de antemano en discursos que no ha inventado y que necesita para poder hablar de sí mismo y el mundo (Rocca, 2011).

Como señala Gergen (2007), en la posmodernidad “encontramos un énfasis en la construcción comunal del conocimiento, la objetividad como logro relacional y el lenguaje como medio pragmático a través del cual se constituyen las verdades locales” (p. 93).

El presente estudio se trabajó con teorías afines al concepto de identidad posmoderno, es decir, teorías que conciben este fenómeno como un proceso de construcción que ocurre de manera relacional a través de un discurso, reemplazando el interés tradicional por las categorías conceptuales como una estructura cognitiva privada y personal (autoconcepto, autoestima, esquemas), por el sí mismo como narración inteligible dentro de un conjunto de relaciones en curso (Gergen, 2007). Dicho esto, a continuación se realiza un recorrido por las principales orientaciones teóricas de la identidad.

La Antropología muestra que en todas las culturas aparece un concepto de la identidad. Sin embargo, varía enormemente la forma en cómo se conceptualiza, ya que la identidad no puede trascender de modo alguno del contexto cultural, histórico y social (Íñiguez, 2001). No puede separarse de la sociedad particular que lo produjo ni de las circunstancias históricas que la van delimitando, no existe independientemente de la sociedad e historia que la construyen (Gergen, 2007).

La persona en la cultura occidental es concebida mayoritariamente como singular y con una doble dualidad, la dualidad de lo interno y externo (cuerpo y mente) y la dualidad individual y social (Íñiguez, 2001). Estas dualidades resultan de un entramado de operaciones de construcción de la subjetividad (religiosas, filosóficas y científicas) que han ido constituyendo a las personas a lo largo del tiempo (Rose citado en Íñiguez, 2001). Íñiguez (2001) señala que la identidad representa:

Un dilema entre la singularidad de uno/a mismo/a y la similitud con nuestros congéneres, entre la especificidad de la propia persona y la semejanza con los/as otros, entre peculiaridades de nuestra forma de ser o

sentir y la homogeneidad del comportamiento, entre lo uno y lo múltiple (p. 209).

Según este autor, es un dilema que posee gran alcance, ya que para las personas resulta necesario una identificación con quienes nos rodean (identidad social), así como una diferenciación estricta de ellos (identidad personal). La identificación garantiza la seguridad de saber quiénes somos y la diferenciación evita la confusión de uno mismo con los demás. Estos dos aspectos, lo personal frente a lo social, han sido tomados en cuenta en la línea de teorización de la identidad. Como orientaciones convencionales destacan la biologicista, la internalista, la fenomenológica y la narrativa (Íñiguez, 2001).

Desde las versiones biologicistas, los genes, las neuronas y la bioquímica corporal son los que explican la configuración de la identidad y la experiencia individual de ser persona. Uno de los exponentes más importantes de dicha orientación es Eysenk, quien admite abiertamente la determinación biológica del comportamiento personal, la personalidad y estilos de comportamientos que definen la identidad individual (Íñiguez, 2001).

En las versiones internalistas caben aquellos planteamientos que, aunque no explican la experiencia identitaria por la biología, atribuyen a variables internas de la persona las causas de su comportamiento y de su experiencia como sujeto. El Psicoanálisis destaca como uno de los representantes de esta orientación, que concibe la identidad como la resultante de un continuo conflicto de los elementos estructurales del interior y las estrategias de defensa que los individuos despliegan para lidiar con este conflicto (Íñiguez, 2001).

Erikson (1974) resulta un autor tradicional de la corriente psicoanalítica, plantea que la identidad se presenta en forma de crisis psicosocial durante toda la vida, teniendo variaciones en las diferentes etapas del desarrollo. Erickson señala que el proceso de construcción de la identidad es principalmente característico de la adolescencia, etapa en la que el individuo ha desarrollado los requisitos de crecimiento fisiológico, maduración mental y responsabilidad social que le permitirán experimentar y superar la crisis de identidad, proceso que determinará la vida posterior. Esta crisis surge a partir de la maduración genital y la incertidumbre acerca de los roles adultos que se deberán asumir, lo cual representa una búsqueda de un nuevo sentido de continuidad y mismidad.

Tanto la orientación biológica como la internalista explican el fenómeno de la identidad utilizando estructuras privadas (genes, aparato psíquico) y otorgando mayor peso a variables internas. Aunque es válido hablar de una identidad personal en términos

de genes, aparato psíquico o carácter, son posturas que dejan de lado cómo operan los procesos sociales en la construcción de la identidad, así como el contexto que, como se desarrollará más adelante, se consideran de gran importancia en el proceso de construcción de la identidad (Larraín, 2003).

En la posmodernidad no se asume que los científicos describen la naturaleza del mundo tal y como es, por lo que se invita a los científicos a una postura de creatividad teórica. Reformular los procesos psicológicos en términos relacionales refiere a esta postura creativa en acción (Gergen, 2007). El punto de vista tradicional acerca de los procesos psicológicos crea una visión de la sociedad en la que los individuos funcionan como aislados, autocontenidos y competitivos (Sampson citado en Gergen, 2007), mientras que la posmodernidad invita a una visión más colaborativa de la vida humana, con la consideración de que los procesos psicológicos son constituidos dentro de las relaciones. Lo que se ha conceptualizado hasta ahora como una identidad privada y separada de los otros, se empieza a conceptualizar como inherentemente relacional, inseparable de las actividades comunes (Gergen, 2007).

Desde el punto de vista de la posmodernidad, ya no interesa describir lo que existe actualmente, sino crear inteligibilidades que puedan promover concepciones nuevas y potencialmente transformadoras. Se refiguran los potenciales teóricos (Gergen, 2007).

Las versiones fenomenológicas de la identidad señalan que la constitución de la misma es resultante de la consciencia del mundo y de uno mismo como parte de él. Es decir, la experiencia plenamente subjetiva, la agencia de elección en el sujeto y el afrontamiento de las limitaciones propias del contexto social. Cabe destacar que la constitución de la identidad desde esta perspectiva depende estrictamente del lenguaje, puesto que el mismo posibilita la comunicación de la experiencia de la identidad (Íñiguez, 2001).

A partir de la orientación fenomenológica se le otorga mayor importancia al proceso de lenguaje, la construcción de significados en un contexto y la experiencia subjetiva en el fenómeno de la identidad, lo cual es importante, ya que como señala Íñiguez (2001), el lenguaje es: “la herramienta principal en la interpretación de nosotros mismos y de los demás en tanto que personas y el mecanismo esencial en la construcción de la cultura en tanto que elaboración conjunta” (p. 211-212).

El lenguaje es inherentemente un producto del intercambio humano, es fundamentalmente relacional. Esta visión del lenguaje nos invita a vernos a nosotros mismos no como seres aislados, sino como fundamentalmente interdependientes (Gergen,

2007). Asimismo, en la condición posmoderna, la constitución de la persona está básicamente organizada por significados elaborados colectivamente y que son variables y contingentes en grupos y culturas (Larraín, 2003).

En esta línea de ideas, las orientaciones narrativas enfatizan en el lenguaje como un elemento clave en la constitución de la identidad, debido a que es el medio por el cual se interpreta quiénes somos y quiénes son los demás, así como permite comunicar estas imágenes en el contexto social. La identidad se va conformando de acuerdo a los valores, significados, creencias que se van incorporando a la definición propia. Se afirma que la persona es y actúa de acuerdo con lo que narra de sí misma. Esta orientación establece gran peso a las valoraciones sociales, ya que concibe al lenguaje como un proceso social en el que se construyen las representaciones de la propia identidad (Íñiguez, 2001).

Entre los exponentes de la orientación narrativa se encuentra McAdams (2001), quien propone un enfoque de la identidad como una historia de vida, argumentando que la identidad en sí misma toma forma de relato compuesto de distintos elementos y momentos de la vida (escenario, escenas, personajes, tema y trama). Surge en la adultez emergente como un proceso que permite generar unidad y propósito en la persona. Las historias de vida son construcciones psicosociales, coescritas por el sujeto y el contexto cultural donde se encuentra, y que se le atribuye un significado. Las historias de vida reflejan valores culturales y normas que son inteligibles dentro de un marco cultural particular y que diferencian de una persona a otra (McAdams, 2001).

A partir de la orientación narrativa podemos identificar que se empieza a visualizar una relación interdependiente entre la identidad personal y la identidad social en la conceptualización de la identidad, ya que ésta y las orientaciones que surgen posteriormente reconocen en la constitución de la persona componentes personales y subjetivos así como componentes sociales. Esto es importante para nuestro estudio porque destaca la construcción relacional de la identidad.

Siguiendo lo señalado por Larraín (2003), no puede haber identidades personales sin identidades colectivas y viceversa, porque las personas no pueden ser consideradas como entidades aisladas al mundo social concebido como realidad externa. “Los individuos se definen por sus relaciones sociales y la sociedad se reproduce y cambia por acciones individuales. Las identidades personales son formadas por identidades colectivas culturalmente definidas, pero éstas no pueden existir separadamente de los individuos” (p. 36).

Siguiendo a Íñiguez (2001), en el marco de la Psicología Social convencional la aportación más característica al estudio de la identidad ha sido la de Tajfel (1981), quien movido por un interés nacido de su propia experiencia en el estudio del prejuicio y la discriminación, introduce una teorización de la identidad social en el contexto de una Psicología Social de marcada tendencia individualista y escasa relevancia social. Tajfel define la identidad social como la conciencia y valoración que tenemos las personas de pertenecer a un grupo o categoría social (Íñiguez, 2001).

Ahora bien, entre las nuevas perspectivas psicosociales en el estudio de la identidad según Íñiguez (2001), se encuentra el Interaccionismo Simbólico de Mead (1973), el cual propone que la identidad no pre-existe a las relaciones sociales sino que surge en el transcurso de las mismas. Destaca el proceso de lenguaje como esencial para el desarrollo de las personas, puesto que la comunicación constituye el principal modo de interacción con otros individuos y permite que el individuo reaccione frente a sí mismo en tanto que es consciente de su subjetividad así como es consciente que forma parte de una sociedad. Es decir, su propia consciencia como persona es una experiencia que tiene lugar porque su relación con otros permite diferenciar entre la individualidad y la colectividad. Por tanto, la cualidad simbólica de este proceso se deriva del uso del lenguaje en las interacciones sociales y los significados asociados a las mismas.

Acorde con lo que plantea la posmodernidad, la identidad según Mead (1973), es un discurso o narrativa sobre el sí mismo construido mediante la interacción con otros a través de un patrón de significados culturales. Para Mead (1973) la persona es activa en el proceso de construcción de sí, el entorno social y del mundo donde se encuentra. Dicho proceso es descrito en términos interactivos como algo que se establece en forma dialéctica entre lo que denomina “mí” y “yo”. El “yo” lo define como la reacción del organismo a las actitudes de otros, mientras que el “mí” es una serie de actitudes organizadas que adopta la persona.

Esta postura extrae la identidad del interior de los individuos porque dibuja las relaciones como lo constitutivo de la misma y la convierte en un producto emergente de las relaciones. Por consiguiente, la identidad depende estrictamente del contexto interaccional y del significado que tenga para el individuo ese contexto (Íñiguez, 2001).

Esto concuerda con lo expuesto por otros autores como Páramo (2008), que define la identidad como el conjunto de características que posee una persona por las cuales es conocido por los demás, y que se forma a través de interrelaciones sociales, que engloban a la familia, la escuela, la comunidad donde se vive y las personas con las que se

establecen relaciones significativas. Estas conexiones sociales resultan de gran importancia para establecer un sentido del sí mismo, ya que otorgan a las personas un marco dentro del cual definirse en relación a otros, al grupo de pertenencia y a los factores culturales.

Tal como afirman Crewys, Haslam, Dingle y Jetten (2014), se enfatiza el valor que tiene la pertenencia a un grupo social para estructurar la concepción de sí mismo. Es por ello que “las identidades son construidas, no descubiertas” (p. 541), tal como señala Burr (citado en Páramo, 2008). Esto quiere decir que la manera en que las personas nos concebimos a nosotros mismos no es enteramente autónoma, sino que se ve afectada por nuestro entorno social; de ahí la importancia de los vínculos interpersonales.

Crewys et al. (2014) afirman que las relaciones sociales comprenden la afiliación entre individuos, que aporta acompañamiento placentero y un entendimiento de “quién soy y lo que puedo hacer”. Es decir, que los vínculos interpersonales no sólo representan un marco de referencia para la construcción de la identidad, sino que, a su vez se les imprime un afecto. Para Crewys et al. (2014), la identidad social tiene un gran impacto sobre el bienestar personal, ya que otorga un sentido de propósito y dirección. Brinda a las personas un papel en el mundo y la sensación de ser parte de algo significativo.

Relacionada al Interaccionismo Simbólico se encuentra la orientación dramática con la Teoría del rol, cuya idea central es la comprensión de que la posición de los sujetos en la estructura social suscita expectativas del comportamiento en los otros (Garay, 2002). Como principal exponente destaca Goffman (2006), quien a través de la analogía sociedad-teatralidad plantea que la identidad es el resultado de una negociación operada en el conjunto de interacciones sociales. Este autor basa nociones de la persona humana como un personaje, donde su actuación es una representación de la interacción social como un ritual interpretativo enmarcado en un escenario. Como señala Goffman (1981):

Cuando un individuo llega a la presencia de otros, estos tratan por lo común de adquirir información acerca de él o de poner en juego la que ya poseen. Les interesará su status socioeconómico general, su concepto de sí mismo, la actitud que tiene hacia ellos, su competencia, su integridad, etc. Aunque parte de esta información parece ser buscada casi como un fin en sí, hay por lo general razones muy prácticas para adquirirla. La información acerca del individuo ayuda a definir la situación, permitiendo a los otros saber de antemano lo que él espera de ellos y lo que ellos pueden esperar de él. Así

informados, los otros sabrán cómo actuar a fin de obtener de él una respuesta determinada (p.13).

En la vida social, el individuo intentará controlar las impresiones que causa en los demás, exhibiendo una representación de comportamiento adecuado (Garay, 2002). Este planteamiento abre también un campo de posibilidades de desencialización de la concepción de la identidad porque percibe a la misma como múltiple y contingente, ya que el actor posee a su disposición distintas representaciones condicionadas por los distintos contextos sociales en las cuales deben actuarse, siendo el escenario lo que determina el curso del rol (Íñiguez, 2001).

Tal como se señaló, Karp (1994) afirma que la depresión es la enfermedad de la identidad, asume que hay una consecuencia de la depresión sobre la identidad. Lo que nos interesa como investigadoras será comprender cómo la persona construye su identidad a partir de la vivencia de depresión.

Karp (1992) en un estudio llevado a cabo en un grupo de apoyo para pacientes con trastornos afectivos encontró que un factor importante en la vivencia con este tipo de trastornos es la ambigüedad y la poca claridad en la experiencia de tener un trastorno afectivo. Esto trae un sufrimiento agregado a dicho trastorno, ya que se sienten sometidos a “una enfermedad más allá de su control” (Karp, 1992). En este sentido, se encontró en la investigación confusiones por parte de los participantes sobre la naturaleza del trastorno, las etiquetas que lo describen, los problemas asociados al uso de psicofármacos, la utilidad de la psicoterapia y las bases bioquímicas de su condición (Karp, 1992). Siendo la depresión un trastorno afectivo, estas afirmaciones pueden ser tomadas en cuenta como algo que posiblemente experimentan los pacientes.

Por otra parte, Crossley (2000) llevó a cabo un estudio similar con pacientes con enfermedades crónicas o terminales, quienes sufren de una “ruptura biográfica” en la cual algunos de los supuestos más básicos y existenciales que las personas tienen sobre sí mismas y el mundo se ven sumidas en un caos, dado que la identidad se deriva de la interpretación que haga la persona de éste.

Podemos detectar que hay una consecuencia clara de la enfermedad física, que surge en el cuerpo sobre la identidad, en especial en pacientes terminales pero, ¿qué pasa en el caso de los pacientes con condiciones que van más allá de lo corporal y de origen ambiguo? En el caso de las enfermedades físicas podría decirse que el cuerpo es el depositario de las atribuciones negativas de la propia identidad, pero en el caso de los

trastornos afectivos es el “yo mismo” de donde surge el problema. Lo que nos interesa investigar es cómo lo experimenta subjetivamente la persona.

Depresión

Según la OMS (2017) los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o placer, alteraciones de sueño o apetito, sentimientos de culpa, autoestima baja, fatiga y falta de concentración. Puede variar en temporalidad (duradera o recurrente) y en intensidad (leve, moderada o severa). En su forma más severa puede conducir al suicidio. Según la OMS (2017) incluyen dos subcategorías principales: Trastorno depresivo mayor y Trastorno depresivo persistente (distimia), que son las que se tomarán en cuenta en este proyecto.

El Trastorno depresivo mayor es definido por la OMS (2017) como: “un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía” (p.7). Según el DSM-5 para que se cumpla este diagnóstico se necesita:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica (p.104-106).

El Trastorno depresivo persistente (distimia) es definido por la OMS (2017) como: “una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos” (p.7). Según el DSM-5 para que se cumpla el diagnóstico:

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado (p.108-109).

La elección de trabajar exclusivamente con estos dos diagnósticos se debe a que tal como está planteado en el DSM-5 en ellos no existen factores físicos asociados a la causa de la depresión (como sustancias o medicamentos, factores hormonales, afecciones médicas, etc), ni se trata a la depresión como un síntoma secundario a alguna otra condición. Esto es importante, ya que estos criterios pueden abrir un espacio a la ambigüedad acerca de las causas atribuibles por la propia persona al surgimiento de la depresión y puede permear su experiencia. Además, el que no haya una causa conocida puede tener un mayor impacto en la identidad, ya que, la depresión podría ser susceptible a ser atribuida a la propia identidad.

La depresión es una condición que ha llamado la atención de muchos estudiosos en el mundo a lo largo de la historia de la humanidad, dado que ha aquejado a los seres humanos de manera bastante frecuente a través de diferentes culturas y momentos históricos. Se le han dado diversas conceptualizaciones a lo largo de la historia, así como multiplicidad de atribuciones a su aparición en una persona. En todas ellas, la depresión conlleva una serie de síntomas asociados, pero lo fundamental en sus diferentes explicaciones es que se trata de un síndrome donde lo nuclear es la tristeza (Cobo, 2005).

Las primeras conceptualizaciones médicas de la psicopatología se dieron a partir de la teoría hipocrática de los humores (siglo V a.C.), según la cual el comportamiento de los seres humanos gira alrededor de la interacción de los cuatro humores (sangre, bilis

negra, bilis amarilla y flema), cuya combinación resultaba en uno de sus cuatro temperamentos correspondientes (sanguíneo, colérico, melancólico y flemático) (Freedman, Kaplan y Sadock, 1975). La melancolía era caracterizada por un conjunto de síntomas como la aversión a la comida, insomnio, intranquilidad y como síntoma central un ánimo triste (Cobo, 2005). Estos síntomas que se atribuían a la melancolía desde sus conceptualizaciones más tempranas, son similares a los que conocemos hoy en día de la depresión.

En el siglo XVI, Robert Burton empieza a dar explicaciones emocionales a esta afección y más tarde Philippe Pinel en el siglo XIX introduce la noción de que estos síntomas pueden ser dados por factores hereditarios predisponentes (Freedman, et al., 1975). En el año 1887, Kraepelin hace importantes avances en el estudio de este trastorno, estableciendo el pronóstico como criterio esencial de la psicopatología, dentro de las cuales la depresión puede ser curada (Cobo, 2005).

Podemos ver que existe una gran trayectoria en los estudios de la psicopatología, que han sido a su vez reformulados desde sus conceptualizaciones más tempranas, atribuyendo sus causas a posesiones demoníacas, a una tradición médica que tiene lugar actualmente en cuanto a la concepción que se tiene sobre la psicopatología.

La manera en que se concibe la psicopatología cambia radicalmente con el inicio de la modernidad, a partir de ésta se busca ya no encerrar a la persona en un manicomio y catalogarlo de enfermo, sino comprender su condición y, lo más importante, ayudarlo. Esto último se debe a que introduce la noción del *tratamiento moral*, según el cual se busca dar un trato más humanitario a los pacientes y que dentro de su tratamiento se incluya la amabilidad, la firmeza y la coerción (Freedman, et al., 1975).

Más tarde, la llegada del psiquiatra Phillipe Pinel a hospitales reconocidos de la época como Bicêtre y la Salpêtrière en Francia, da un cambio, un giro paradigmático en la manera de ver la condición de sus pacientes, ya que se introduce la noción de que la psicopatología es engendrada en la mente, no sólo como órgano biológico, sino también como psique, como alma. Así, se comenzó a tratar a los pacientes con un enfoque más tolerante y comprensivo de su condición (Freedman, et al., 1975).

En cuanto a las teorías clásicas que explican la depresión, Freud (1917) fue de los primeros teóricos en desarrollar este asunto en su ensayo “Duelo y Melancolía”, donde lleva a cabo una comparación entre esta última y el duelo. Afirma que el duelo es una reacción frente a la pérdida de una persona o una abstracción, no es un estado patológico sino un afecto normal, y a pesar de las desviaciones que puede causar en la conducta, no

se remite a tratamiento, sino que sus síntomas mejoran con el paso del tiempo. Por otro lado, la melancolía incluye tanto afecciones somáticas como psicógenas y cuando es observada en un paciente, se sospecha en él una disposición enfermiza (Freud, 1917).

En este ensayo se hace hincapié en la pérdida del objeto relacional. En el caso del duelo, éste es claro y hay en la realidad una pérdida material y tangible. En el caso de la melancolía (depresión), el sentimiento de pérdida no se ajusta a ningún objeto real, sino que se vuelve sobre sí mismo, tal como afirma Freud (1917): “El Yo se menosprecia y enfurece contra sí mismo” (p. 254). Este estado patológico se vive de manera similar al duelo, sin embargo, a diferencia de éste, no se ha perdido un objeto físico, por lo que se produce una sensación de vacío que se le atribuye a la pérdida del propio Yo. La vivencia de la pérdida de un objeto, pero no se sabe con exactitud qué se perdió, por lo que se representa como una pérdida del Yo y éste se experimenta como vacío (se le atribuye una carga libidinal negativa).

Del ensayo de Freud se pueden extraer las siguientes características de la melancolía, que son compartidas en su mayoría con el duelo: desazón profundamente dolida (sentimientos de tristeza), desinterés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad para amar, inhibición en la productividad, rebaja del sentimiento de sí (autorreproches, autodenigraciones y expectativas delirantes de castigo) (Freud, 1917).

La última de estas características, es decir la rebaja del sentimiento de sí mismo, es el único rasgo no presente en el duelo, y es el que denota la gravedad de la melancolía, por esta carga negativa que se vuelve contra el propio Yo. Freud (1917) afirma que ésta es incluso la causa de los síntomas físicos que se evidencian en la melancolía, como el insomnio o la pérdida del apetito, que son “consecuencia de un trabajo interno que devora a su yo” (p. 244), lo que se traduce en una falta de pulsión de vida. Al faltar la pulsión de vida, se pierde la capacidad de relacionarse con otros y se deja de disfrutar de las actividades que antes causaban placer, pudiendo llevar incluso al suicidio.

Autores como Bleichmar (1980) y Grinberg (1988) reiteran la noción postulada por Freud (1917) acerca de la pérdida como la génesis de la depresión. Se aprecia, además que estos autores dan gran importancia al aspecto relacional y el self al hacer una revisión de la depresión.

Bleichmar (1980) comienza su estudio teórico de la depresión haciendo hincapié en un concepto central para la conceptualización de ésta, la tristeza, término con el cual comúnmente se diluye el de depresión. “Lo que recibe el nombre de tristeza es un abanico de estados en que el dolor psíquico se desencadena por la significación que una situación

determinada tiene para el sujeto” (Bleichmar, 1980, p. 15). El autor refleja la importancia de la tristeza en la aparición de la depresión como fenómeno clínico y de esta manera enfatiza la situación del sujeto y la subjetividad asociada al significado que se le da a los diferentes aspectos de la vida que puedan causarle esa tristeza.

Resulta además importante resaltarla, ya que según el autor es de este afecto de donde surge la depresión: “tanto la tristeza como la inhibición no serían en última instancia sino manifestaciones de alguna otra entidad que las condiciona y que, en rigor, constituye la base del fenómeno depresivo” (Bleichmar, 1980, p. 15). Bajo esta idea, es imposible hablar de depresión sin tomar en cuenta el sufrimiento, o el dolor psíquico de donde se origina.

Sin embargo, esta concepción de la depresión como originaria en la tristeza causa que exista a fusionar estos dos términos. Esto genera lo que el autor denomina “pensamiento sobreinclusivo” (Cameron, citado en Bleichmar, 1980), que se evidencia cuando se le llama depresivo o melancólico a quien se siente triste, afligido insatisfecho de sí mismo (Bleichmar, 1980). Frente a esta dificultad para definir y delimitar la depresión, el autor explica cómo la ésta va más allá de la tristeza cotidiana, haciendo énfasis en la pérdida y el duelo como partes fundamentales de la depresión.

Según esta noción, el fenómeno depresivo comienza a generarse cuando hay en la vida de la persona una pérdida importante. Sin embargo, mientras que en la noción freudiana de melancolía se engloba la idea de la falta de un objeto libidinal (en oposición al duelo), autores como Bleichmar y Grinberg afirman que se puede encontrar este objeto también en la génesis de la depresión y subrayan la centralidad del aspecto relacional y del sí mismo en la conceptualización de dicho objeto como el otro.

Para estos autores el sentimiento de pérdida no surge en el vacío, sino frente a un duelo real. Este objeto además, constituye un valor con una significación central en la vida del sujeto, ya que es un objeto con el que esta persona se ha identificado y aspectos de éste pasan a formar parte del propio self. De este hecho surge el dolor psíquico que se diferencia de la tristeza cotidiana o del duelo no patológico, la depresión surge como una reacción ante la pérdida de un objeto que se lleva consigo partes del propio Yo, un duelo por las partes perdidas del self (Grinberg, 1988). De esta forma, el dolor del depresivo es un sufrimiento por la porción del self que se pierde con el objeto (Grinberg, 1988).

Para estos autores, parte del sufrimiento de aquel que padece de depresión (y que se diferencia de la tristeza común) proviene a su vez del anhelo de recuperar el objeto como vía inconsciente de recuperar esas partes del Yo que ha perdido y que sin las cuales

el self se vivencia como en peligro de deterioro (Grinberg, 1988). Frente a este vacío que se genera en el Yo, se produce lo que Bleichmar (1980) denomina una *insatisfacible carga de anhelo*:

En todas estas condiciones se siente como inalcanzable algo deseado, anhelado. Un deseo al que se está fijado es vivido como irrealizable: el adulto en el duelo y el bebé en la depresión anaclítica anhelan la presencia del ser querido que ya no vuelve, pese a sus deseos; el neurótico siente como inalcanzable su anhelo de ser el Yo Ideal ante los ojos de él mismo y de los demás, o sea, se siente no amado por su Superyó y los personajes externos; el psicótico melancólico, llevado por su convicción delirante, cree inalcanzable el anhelo de bienestar para sus seres queridos y el de ser él, a su vez, digno de amor por su bondad. Todos estos individuos afectados de depresión, más allá de las diferencias, sienten que algo se ha perdido. Esto es lo que Freud puso al descubierto cuando definió la depresión como reacción a la pérdida de objeto.

Una característica central en este anhelo resulta en que si bien el objeto es la vía por la que se recupera lo perdido a nivel simbólico, lo que se desea recuperar son los aspectos del self. Tal como propuso Freud (1917), esta reacción se experimenta no sólo frente la muerte o pérdida de un ser querido sino también hacia abstracciones equivalente, como la patria, la libertad o un ideal.

Resulta importante resaltar a su vez una de las características mencionadas por Bleichmar en la cita anterior, el anhelo por el Yo Ideal. Esta es una característica que surge del aspecto ya mencionado del objeto que se pierde, en el cual posee esa carga de objeto anhelado por tener partes importantes del self del sujeto.

Es importante destacar el duelo al hacer una revisión teórica acerca de la depresión, ya que según los autores revisados anteriormente, de éste surge dicho fenómeno. Sin embargo, distinto a la concepción de Freud de la depresión como una complicación del duelo, autores más recientes (Bleichmar, 1980 y Grinberg, 1988) postulan que el duelo es simplemente un acontecimiento importante en la vida de la persona que produce una readaptación del Yo frente a la realidad, de ahí que la depresión como generada en el duelo esté tan ligada con la identidad.

Tal como se mencionó anteriormente, el duelo, por las características del objeto perdido, se experimenta como un daño a aspectos del self (Grinberg, 1988). Autores de corrientes teóricas diferentes de la psicoanalítica concuerdan con esta idea. Tal como

afirman Herrero y Botella (1998), “Todos construimos y reconstruimos nuestra identidad como supervivientes de la pérdida en negociación con los demás” (p. 3). Esto se debe a que el duelo responde a acontecimientos importantes (Grinberg, 1988) que entran en conflicto con la narrativa de vida (Herrero y Botella, 1998).

Al estudiar a la depresión, Bleichmar (1980) se centra en algunos aspectos de ésta que pueden explicar la aparición de sus síntomas específicos, entre ellos menciona a la tristeza y la inhibición como principales potenciadores de la depresión. Argumenta que la segunda (que engloba la inhibición motriz y el estupor melancólico) inicia con la pérdida del objeto, a partir de la cual se mantiene un deseo, una insatisfacible carga de anhelo, por recuperar dicho objeto. La fijación en este deseo junto con la falta de expectativa de poder recuperarlo en realidad producen en el sujeto una profunda inhibición, tanto motora como en el pensamiento (Bleichmar, 1980).

Cuando se le agrega a su vez, la tristeza y el dolor que siente el sujeto se genera una estructura cognitivo-afectiva (elementos que se condicionan mutuamente) que genera la gran carga de displacer de la persona deprimida (Bleichmar, 1980). Otro aspecto importante a tomar en cuenta es el sentimiento de culpa en las personas deprimidas, que Grinberg (1988) desarrolla como una parte esencial del efecto que tiene la pérdida del objeto en el Yo.

Hay una doble razón para el surgimiento del dolor: una está representada por el dolor experimentado ante la porción del self que está colocada en el objeto y cuya valoración guardará relación con la mayor o menor significación afectiva que tenga el objeto y, además, el Yo siente dolor, depresión y culpa por haber quedado privado y empobrecido debido a la pérdida objetal misma. La intensidad de la culpa que se experimenta junto con la hostilidad contra el objeto, y en especial contra el Yo, perturba la elaboración del duelo, impidiendo una elaboración normal del mismo (Grinberg, 1988, p. 189).

Podemos ver entonces que luego de la pérdida del objeto, la persona siente dolor frente al deterioro que sufre el Yo frente a la pérdida, lo que produce a su vez que se desarrolle lo que Freud (1917) denominó autorreproche hacia ese Yo empobrecido, que ha sido despojado de aspectos importantes de su self.

Otro teórico que ha sido fundamental en la conceptualización de la depresión fue Beck (1976), autor de orientación cognitiva, quien afirma que existen tres paradojas fundamentales en cuanto a este trastorno afectivo:

a) El contraste entre la imagen que la persona deprimida tiene sobre ella misma y los hechos objetivos; b) la dificultad que hay en demostrar a los pacientes la falsedad de estas ideas autodenigrantes a pesar de que les causan un profundo sufrimiento, y c) las actitudes y conductas que suelen tomar aquellos que padecen de depresión que parecen contradecir algunos de los axiomas más arraigados de la naturaleza humana, como el principio de placer, según el cual el paciente debería tratar de aumentar sus satisfacciones y evitar los sufrimientos (p. 3).

Podemos observar por estas características que se trata de un trastorno con un alto grado de afectación en las personas, que influye profundamente en la manera en que se conciben a sí mismas, en cómo interactúan con el mundo que les rodea y en la forma que hacen frente a las actividades que llevan a cabo en su vida diaria, además del disfrute que puedan obtener con ellas.

Beck (1976) también define la depresión por sus siguientes características:

1. Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
2. Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación.
3. Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
4. Trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
5. Cambios en el nivel de actividad: retardo o agitación. (p.6)

Beck en su teoría introduce la noción de lo que denomina una tríada cognitiva, que se caracteriza por un déficit en el sistema de creencias en las personas deprimidas, por lo que la persona se percibe a sí misma, al mundo que lo rodea y al futuro de manera negativa (Beck, 1976). Dicha tríada cognitiva tiene su origen en experiencias tempranas, en errores del pensamiento y en el procesamiento de la información (Beck citado en Álvaro, et al., 2010) y tiene como consecuencia que se le imprima un afecto negativo a los sistemas de creencia de las personas, lo que, siguiendo lo propuesto por Sanjuán y Magallares (2006), predisponen a la persona a desarrollar síntomas depresivos.

Es central en la teoría de Beck el concepto de los factores de vulnerabilidad, que pueden ser entendidos como “variables presentes previamente a la instalación del trastorno, que generan un aumento en la probabilidad de desarrollar, cronificarse y presentar episodios recurrentes de depresión.” (Ingram, Miranda y Segal citado en Vazquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010, p. 140). Dentro de los factores de

vulnerabilidad destaca la tríada cognitiva como principal precursor de la depresión y por la cual las personas que padecen de depresión se sienten inmersas en un ambiente negativo aunque en la realidad no sea así.

Existen además otros factores latentes, como la forma de procesar la información y las actitudes y cogniciones disfuncionales, cuya interacción con sucesos vitales negativos aumentan la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (Vázquez, et al., 2010). Dichos sucesos tienen un gran impacto sobre las personas que presentan factores de vulnerabilidad, ya que provocan que se generen, además de estilos negativos de percibir la realidad, una tendencia a la generalización tanto de autoesquemas negativos como de sucesos negativos futuros (Vázquez, et al., 2010).

Existen también diferentes modelos cognitivos, basados en la teoría de Beck, que dan una explicación al surgimiento de la depresión. Entre los síntomas presentes en la depresión se encuentra la indefensión aprendida, cuyas consecuencias en la persona son explicadas por Seligman en su modelo de la indefensión aprendida, en el cual es tomado en cuenta el estilo atributivo para explicar los síntomas depresivos. Se explica que las atribuciones que se hacen acerca de los sucesos del ambiente sobre los que no se tiene control genera la formación de la expectativa de incontrolabilidad y el subsiguiente desarrollo de síntomas depresivos (Sanjuán y Magallares, 2006).

El estilo atributivo negativo, que según Sanjuán y Magallares (2006) es: “una tendencia relativamente estable a explicar sucesos negativos mediante causas internas, estables y globales” (p. 91), es un factor cognitivo central en el modelo de Seligman. En el caso de los pacientes con depresión el estilo atributivo es interno, estable y global, lo que quiere decir que estos pacientes explican las situaciones negativas con un locus de control interno, tienen la expectativa de que la causa se mantenga de manera constante y la creencia de que la causa afecta a múltiples áreas de su vida. Esto resulta en una vulnerabilidad a desarrollar una sintomatología depresiva; por lo tanto, cuando personas con estas características se enfrentan a sucesos vitales negativos se vuelven propensos a deprimirse.

A pesar de que existen una variedad de teorías que explican la depresión, el modelo teórico predominante al abordar este trastorno sigue siendo el modelo médico (Emmons, 2010). Existe una amplia crítica hacia este hecho, en especial desde la psicología social, ya que el modelo médico tiende a enfocarse en el síntoma y muchas veces deja de lado la experiencia de la persona, así como los sucesos importantes de su vida, para centrarse en la sintomatología, dejando de lado aspectos sumamente

importantes tanto para la comprensión de los casos como para su tratamiento (Álvarez, 2006; Emmons, 2010; Fierro, Bustos y Molina, 2016; Lewis, 1995; Østergaard, Jensen y Bech, 2011).

Según Lewis (1995), el modelo médico, e incluso el cognitivo, ven la depresión como un trastorno en el que las características individuales predisponen al individuo a padecerlo, identifica una “patología individual” como el origen de la depresión, y las vulnerabilidades del individuo se establecen como predictores de dicho trastorno.

El enfoque que se dio a esta investigación es contrario al modelo médico de la psicología clínica, ya que el interés recae sobre la experiencia que vive la persona que la padece, no en sus características patológicas individuales o de las características que tiene el trastorno que padece. Tal como afirma Parker (2005), la psicología se ocupa en encontrar qué está mal en una persona y tratar de mejorarlo, y para esto se vale de la representación cultural sobre lo que es normal. De esta manera se encasilla a la persona en una condición de sujeto, y se pierde a ojos del investigador parte de su humanidad e individualidad.

Es por esto que el foco en la presente investigación está en cómo el individuo vive su condición, cómo se siente la depresión y cuál fue el impacto que tuvo sobre su identidad, contrario a buscar en el participante características individuales que pudieran haber precipitado la depresión. El modelo en el cual se posiciona esta investigación es el de las ciencias sociales, que hace énfasis en la importancia del ambiente como un factor que puede afectar el surgimiento de la depresión. Se diferencia del enfoque médico ya que la depresión es vista como dinámica en vez de estática, interactiva en vez de contenida dentro del individuo y tiene un significado y una experiencia subjetiva incorporados al sentido de la identidad (Lewis, 1995).

Tal como afirma Lewis (1995) en el enfoque médico de la depresión el individuo ha sido visto como el núcleo del problema o del trastorno, y por lo tanto el foco está en la depresión y no en la persona. El foco para nosotras será precisamente la persona, nos interesamos en saber quién es esa persona luego de haber experimentado la depresión, a través de su experiencia subjetiva con este trastorno.

Más allá de las teorías que se enfocan en la sintomatología de la depresión como única fuente de datos, existe otro tipo de conceptualización de ésta, que puede ser entendida como la vivencia subjetiva de los pacientes que la padecen. Las posturas clásicas acerca de la psicopatología han sido criticadas por numerosos movimientos que

presentan incomodidades y denuncian injusticias relacionadas con el modo en que actualmente se entiende y se categoriza la misma (Hearing Voices Network, 2017).

Hemos visto que en los enfoques médicos y cognitivos que explican la depresión se hace un gran énfasis en la manera de pensar del individuo y en su forma de ver el mundo, pero no parece haber un registro de cómo es el mundo de estas personas, parece que tienden a dejar de lado las experiencias y lo que vive la persona que padece de depresión y el papel que tiene esto sobre la vivencia de depresión. Brown y Harris afirman en crítica a teorías que ellos denominan *patologizantes*, que “la depresión es una reacción normal a circunstancias anormales” (citado en Lewis, 1995, p. 9).

Lewis (1995) resalta la importancia de la subjetividad al tratar con las experiencias de personas con depresión, y afirma que en estos casos el foco debe estar centrado en la complejidad de la experiencia de la persona. La subjetividad puede ser definida como la interpretación que le da un individuo a su experiencia y la incorporación de la experiencia social en su sentido de identidad (Lewis, 1995). La autora afirma que sólo de esta manera se puede dar cuenta de la totalidad y la complejidad de la experiencia humana, ya que permite acceder a un profundo nivel de elaboración de dicha experiencia. Tal como afirma Henriques (1984 citado en Lewis, 1995), la subjetividad se usa para dar cuenta de la individualidad y la conciencia de sí mismo, pero a su vez para entender que los individuos son dinámicos y múltiples, siempre posicionados en una relación con los discursos y prácticas, y a su vez producidos por ellas, lo que constituye la condición de ser persona.

Østergaard, Jensen y Bech (2011) resaltan la importancia de tomar en cuenta la subjetividad por tres razones primordiales. La primera es el desconocimiento acerca de la importancia de los factores genéticos y neurobiológicos en la aparición de la depresión, y segundo debido a la gran heterogeneidad de los síntomas y características que presentan los distintos pacientes, además de no haber encontrado una eficacia real en el tratamiento farmacológico. Por otro lado, las investigaciones acerca de la heterogeneidad en la depresión han encontrado que existen más de 1497 posibles combinaciones de síntomas, pudiendo incluso existir pacientes que no coincidan (dentro de los cinco síntomas necesarios para diagnosticar la depresión) ni siquiera en un síntoma (Goldberg, 2011; Østergaard, Jensen y Bech, 2011). Además, se ha encontrado que los eventos de vida adversos incrementan el riesgo de sufrir de depresión (Karg citado en Østergaard, Jensen y Bech, 2011).

Al tomar en cuenta esta información tan importante acerca de la depresión, se hace evidente la necesidad de enfocarse en aspectos de la experiencia subjetiva de los

pacientes, no sólo para hacer un diagnóstico preciso, sino también para poder proveer un tratamiento adecuado para cada persona (Fierro, Bustos y Molina, 2016). Siguiendo esta idea, la comprensión real del paciente y de lo que padece no puede obtenerse al basarse en la sintomatología psiquiátrica, sino a través de su experiencia. (Fierro, Bustos y Molina, 2016; Goldberg, 2011; Østergaard, Jensen y Bech, 2011).

Partimos como investigadoras de la idea de que no se puede conocer la experiencia de depresión, y lo que significa estar deprimido, si no tomamos en cuenta la subjetividad de aquellos que la vivieron, ya que esta experiencia se puede entender como una noción personal de la realidad vivida (Nicolson citado en Lewis, 1995). De esta manera, el sujeto se compone de múltiples y contradictorios posicionamientos frente a la realidad (Henriques citado en Lewis, 1995). Sin embargo, dada esta característica un tanto caótica de la subjetividad, puede dejar de lado la continuidad de la experiencia subjetiva de identidad.

Frente a esta dificultad, Crossley (2000) señala la importancia de introducir la subjetividad de los relatos de los participantes dentro de una narrativa, que busca examinar la estructuración cultural de la experiencia individual. Crossley (2002) propone que la vida humana sucede en una estructura narrativa y toma esta forma al recordarla y hablar de ella. Esto proporciona a la experiencia subjetiva de un hilo conductor que le concede orientación temporal y sentido lógico.

Siendo el foco de esta investigación el individuo que padece de depresión, surge la importancia de darle un sentido a dicho trastorno mediante el entendimiento de la experiencia subjetiva asociada a él, ya que toda situación adquiere sentido a través de la interpretación (Karp, 1994). Siguiendo esta idea, sólo podremos comprender la depresión mediante el sentido y la interpretación que le dan aquellos individuos que la han experimentado.

Este sentido personal que se le da al trastorno que se padece es de suma importancia, ya que puede afectar la manera en que el individuo se percibe a sí mismo y a su entorno, como hemos dicho. Karp (1994) halló que en el curso de la depresión los individuos deben redefinir su identidad y asumir otra que tome en cuenta las características que le asocia el sujeto a estar deprimido.

Al respecto, Karp (1992) llevó a cabo una investigación para la cual fue un observador participante en sesiones de grupos de autoayuda para pacientes con trastornos afectivos. Para ello asistió regularmente una vez a la semana durante dos años a un grupo de apoyo para personas con trastornos afectivos, entre los cuales se encontraban depresión

mayor, ciclotimia y bipolaridad. A cada sesión asistían entre 20 y 30 personas. Fue una investigación con elementos etnográficos y reflexivos, ya que el autor, además de ser parte de los grupos de apoyo y participar activamente en ellos, había sido también previamente diagnosticado con depresión.

En las observaciones que hizo en las sesiones resaltó que la mayor parte de los participantes describían la depresión como una condición incierta, y que existe una ambigüedad y una falta de claridad asociada a los trastornos afectivos, principalmente acerca de sus causas. Los pacientes que asistían a estas sesiones reportaron sentirse sometidos a una enfermedad que va más allá de su control, lo que dificulta darle un sentido o significado, además de la falta de un marco interpretativo para dar orden a la experiencia de la depresión, que se vive como fragmentada. Los pacientes también expresaban su confusión sobre temas como la naturaleza de la enfermedad, las etiquetas que describen su condición, los problemas asociados al uso de medicamentos, la utilidad de la psicoterapia y las bases bioquímicas de su condición (Karp, 1992).

De esas confusiones que reportan los pacientes se deriva gran parte de la importancia de comprender su vivencia, comprender qué entienden ellos de su condición, ya que eso es lo que marca la diferencia entre proporcionar a la persona un diagnóstico definido por características ajenas a la persona y saber qué implica para esa persona el estar deprimido. Por esto consideramos importante saber cómo fue presentado el diagnóstico, la forma en que se le dice a la persona qué tiene y la interpretación que la persona le da a esto.

Tal como afirma Coyne (1989): “las personas se deprimen porque sus vidas son deprimentes” (citado en Lewis, 1995, p. 9). Si no conocemos las vidas de estas personas no podremos conocer enteramente las causas de su depresión. Brown y Harris (citado en Lewis, 1995) proponen un abordaje de la depresión que intenta evitar lo patologizante, en el que hacen énfasis en la centralidad de entender la experiencia individual del mundo de los pacientes para poder entender el origen de la depresión, y para ello se debe prestar atención a la manera en la que la persona entiende sus experiencias. El indagar en la experiencia subjetiva del sujeto resulta central para este propósito, ya que le permite construir una narrativa alrededor de dicha experiencia y así construir un marco interpretativo que les ayude a dar orden a la experiencia fragmentada (Karp, 1992).

En una segunda oportunidad, Karp (1994) realizó una investigación cualitativa en la que entrevistó a personas adultas que fueron diagnosticadas y tratadas por tener un cuadro clínico de depresión, con la intención de identificar las principales etapas de la

experiencia subjetiva asociada a la depresión, y qué implicaciones tenía en la transformación de su identidad. Halló que todos los participantes describían: (a) un período en el que no sabían cómo nombrar su problema, (b) una fase donde concluían que algo está muy mal con ellos mismos, (c) una etapa de crisis en la que se involucran en el mundo de los expertos y tratamientos, (d) una etapa en la que empiezan a adoptar una identidad de enfermo, al mismo tiempo que buscan las causas de su dificultad, y (e) una etapa en la que asumen una identidad de enfermo o definen la depresión como una condición que podrán superar. Cada una de estas etapas describen cómo los participantes se iban concibiendo a sí mismos como dañados, en necesidad de ser reparados por un experto, y esto modificaba la forma como reinterpretaban sus experiencias.

Dentro del marco de la subjetividad, Emmons (2010) caracteriza a la depresión como un trastorno retórico dado que los afectados por él tienen pocos recursos lingüísticos accesibles para poder describir lo que sienten. Es común al escuchar hablar sobre depresión que aquellos que la padecen no encuentran las palabras para explicar lo que sienten, esto se observa incluso en autores que relatan su propia experiencia con depresión. Al respecto, Emmons, (2010) asegura que las palabras no pueden describir el dolor que se siente, mientras que Styron (1990) habla de ese dolor como simplemente indescriptible.

Existen autores, como Karp (2006), Solomon (2001), Styron (1990) y Wurtzel (1994) que a falta de palabras suficientes, al hablar de la depresión que ellos mismos vivieron, hacen referencia a términos como “la bestia”, “la oscuridad”, “tormenta de oscuridad”, “the blues”, o incluso “mi infierno personal” (J. Landaeta, comunicación personal, Octubre 30, 2017), entre otros. Esto responde a lo que Emmons (2010) llama *la metáfora de la depresión*, como una manera de aquellas personas que la sufren de explicar a los demás cómo se siente padecer de este trastorno.

Solomon (2001), por su parte, describe su experiencia con depresión como un dolor desproporcionado, completamente extraño a la experiencia cotidiana, que sólo puede ser descrita a través de metáforas y que por esta misma razón, permanece como una condición casi inimaginable para aquellas personas que no la han vivido. Esto sin duda implica un obstáculo a la investigación sobre depresión, ya que según lo reportado por estos autores, ella implica, más allá de sus síntomas observables, un sufrimiento que no puede ser medido o incluso relatado por aquel que lo conoce. Tal como afirma Emmons (2010), la comparación de la depresión con la “oscuridad” hace que este fenómeno permanezca a ciegas frente a la luz de la investigación. Esto enfatiza una vez

más en la importancia de investigar este fenómeno desde una perspectiva del propio paciente y su experiencia subjetiva.

La identidad se construye performativamente por las mismas expresiones del género (Butler, 2007), es decir que para esta investigación asumimos que el género es un componente de la identidad, y por tanto, también un componente de la experiencia subjetiva. Es por ello que es importante considerar las perspectivas de género como parte de las vivencias que conforman la experiencia subjetiva, así como permite indagar cómo esta característica puede permear la construcción de la identidad y las vivencias asociadas a la depresión.

Género

Diversos autores señalan que la depresión es una condición que en la adultez posee mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (Mazure, Keita y Blehar, 2002; OMS, 2017; Wicks-Nelson e Israel, 1997). Por décadas los profesionales de la salud han identificado la depresión como un trastorno al que la mujer es particularmente vulnerable (Stoppard, 2000, Nolen-Hoeksema, 1987; Larson y Grayson, 1999; Cova, 2005; Sosa, 2014; Hernández, 1996; Lartigue, de la Cerda y González, 2002). Estos datos epidemiológicos hacen considerar que el género representa un componente importante en la aparición de este trastorno.

Según Lartigue, de la Cerda y González (2002) resulta importante estudiar y establecer la relación existente entre las condiciones que predisponen la depresión y los modelos de feminidad y masculinidad vigentes para entender cuáles son las explicaciones a la desigualdad en la prevalencia de este trastorno.

Existen diferentes perspectivas dentro de la psicología que han dado su propia explicación a la aparente vulnerabilidad femenina a la depresión. Entre ellas las más utilizadas en la investigación del género han sido las explicaciones biológicas, cognitivas, psicoanalíticas y psicosociales (Cova, 2005; Lafrance y Stoppard, 2006; Nolen-Hoeksema, 1987).

En cuanto a las perspectivas biológicas, éstas se basan en explicaciones del nivel hormonal para dar cuenta de la alta cifra de depresión en las mujeres. Según este enfoque la depresión aparece principalmente debido a las características biológicas únicas de la mujer y los momentos de cambios hormonales (de estrógeno y progesterona), como el

período premenstrual, el período post parto y la menopausia. Según este enfoque estos cambios hormonales las hacen especialmente vulnerables a la aparición de los síntomas depresivos (Lafrance y Stoppard, 2006; Nolen-Hoeksema, 1987). Se ha encontrado en algunas investigaciones que los trastornos depresivos aumentan según el período evolutivo y con el incremento de las hormonas de la pubertad, a la vez que disminuyen en la menopausia (Cova, 2005).

Se ha asegurado según este enfoque, a su vez, que existe una predisposición genética en las mujeres que genera en ellas probabilidades de heredar la depresión entre generaciones (Nolen-Hoeksema, 1987). A su vez, también se afirma que el uso de anticonceptivos aumentan el riesgo de generar síntomas depresivos (Cova, 2005).

Sin embargo, las hipótesis biológicas en la aparición de la depresión no parecen ser suficientes para explicar el fenómeno y son incluso en algunos de sus hallazgos contradictorias, además dejan de lado una importante parte de la población con trastornos depresivos como lo son los hombres. Es por esto que autores como Nolen-Hoeksema (1987) y Cova (2005) afirman que el enfoque biologicista no es suficiente para explicar el fenómeno de la depresión ni la aparición de sus síntomas.

Nolen-Hoeksema (1987) señalan que desde una perspectiva cognitiva la diferencia de género en la depresión reside en cómo la mujer y el hombre responden al estrés, siendo que, los hombres poseen un estilo cognitivo centrado en el problema, mientras las mujeres poseen un estilo cognitivo centrado en la emoción. Según Mazure, Keita y Blehar (2002) la prevalencia de depresión en mujeres se atribuye a la tendencia de la mujer a responder pasivamente al estrés, rumiando en los problemas en lugar de tomar acción.

Hernandez (1996) propone que los modelos biomédicos asumen al cuerpo y la psique como continentes aislados, lo que tiene como consecuencia la fragmentación y parcelación de las personas. Los académicos del feminismo critican las explicaciones biológicas y cognitivas de la depresión en la mujer, puesto que lo visualizan como una patología propia de la misma e ignoran el contexto social y político de esta condición (Stoppard, 2000). Es por esto que en esta investigación buscamos utilizar modelos y teorías que posean una visión más integradora del fenómeno de la vivencia de depresión de acuerdo a la identidad de género, para poder comprender el fenómeno de estudio a mayor profundidad. Tal como afirma Hernández (1996):

En el campo de la salud mental, a partir de la noción de construcción social femenina, comienzan a proponerse otras nociones como malestar

psíquico, se realizan investigaciones que toman como punto de partida la categoría relacional género para analizar la incidencia de determinadas psicopatologías y se hacen estudios dirigidos a entender cómo los estilos de vida de las mujeres determinan sus modos de enfermar psíquicamente.

Por su parte, las perspectivas psicoanalíticas también afirman que existe en la mujer una vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos, pero la explican de acuerdo a la estructura de personalidad resultante del desarrollo psicosexual de las niñas (Mitchell, citado en Nolen-Hoeksema, 1987). Esto se genera cuando la niña se da cuenta de que no posee un pene al igual que los hombres, lo que según estas teorías depriva a la mujer del poder asociado a la masculinidad y resulta en un autorreproche, que forma parte de la sintomatología de la depresión (Nolen-Hoeksema, 1987).

Esto deriva, además, en que en su vida adulta la mujer forme relaciones de amor narcisistas, conducidas principalmente por la envidia del pene, y que tienen la finalidad de suplir aquello que la mujer pierde simbólicamente (el pene) en su desarrollo psicosexual (Nolen-Hoeksema, 1987).

Tal como afirma Sosa (2014): “El ser una mujer se apoya en el amor; además si la mujer ama es a partir de su propia falta”. Siguiendo las ideas de esta autora, la mujer necesita de forma natural de relacionarse y adquirir un objeto de deseo que supla su propia falta a partir de la envidia del pene. Esto genera una gran problemática, ya que por la naturaleza perecedera del amor, la mujer puede perderlo en cualquier momento (Sosa, 2014), ésto aunado a la gran demanda de amor por parte de la mujer la hacen sumamente vulnerable a adquirir síntomas depresivos frente a una pérdida de objeto (Sosa, 2014).

De esta manera, cuando la mujer pierde el amor se pierde a sí misma y se genera la pérdida el amor propio (Hernández, 1996). Estas ideas son congruentes con lo propuesto por Freud (1917) acerca de que la melancolía proviene de la pérdida del objeto amado, que produce un empobrecimiento del yo, dado que el abandono del objeto se vive como el abandono del propio yo (Freud, 1917) lo que genera la sintomatología de la depresión asociada a la baja autoestima. De esta manera, la feminidad es vivida como melancolía, pues remite a un destino de pérdida, aceptación de la nada y devaluación (Corral, citado en Sosa, 2014).

Diversas autoras (Nolen-Hoeksema, 1987; Hernández, 1996; Lartigue, de la Cerda y González, 2002; Dio-Bleichmar, 1991; Emmons, 2010; Sosa, 2014) proponen a su vez que la mujer posee un rol evolutivo de cuidadora que se traduce en los roles sociales de esposa y madre. Esto produce un conflicto frente a la necesidad de

dependencia (Nolen-Hoeksema, 1987), ya que la mujer debe postergar sus propias necesidades para poder llevar a cabo sus roles (Hernández, 1996). La feminidad se asocia culturalmente con características como la dependencia, pasividad, obediencia, ausencia de agresividad y fragilidad, lo que provoca la represión de todo deseo pulsional que pueda ser contrario a estas características y que pueda atentar contra los roles sociales preconcebidos de la feminidad (Dio-Bleichmar, 1991), esta energía pulsional reprimida se convierte en displacer y es precisamente lo que produce la aparición del síntoma depresivo (Sosa, 2014).

Dio-Bleichmar (1991) afirma que la depresión representa la oposición entre la feminidad y el narcisismo por el lugar en la sociedad ocupado por la mujer, en el cual ella no es lo más valorado culturalmente, ya que tiene una falta importante en comparación a los hombres. Esto conlleva a una falta en las habilidades yoicas que producen una baja autoestima (Dio-Bleichmar, 1991).

Hernández (1996) propone que el ideal femenino tradicional se basa en la mujer como el sostén afectivo de los otros, lo que genera una gran carga, ya que la feminidad se encuentra idealizada y en muchos casos no se corresponde con la feminidad realmente vivida. Esto genera una herida narcisista y la mujer se deprime dado que se siente inferior por no poder cumplir con sus roles de género (Sosa, 2014).

En conclusión, para el enfoque psicoanalítico, la pérdida simbólica del objeto y el deseo irrealizable de personificar el ideal femenino tradicional es lo que produce la aparición del síntoma depresivo en la mujer (Dio-Bleichmar, 1991), y produce que en la mujer la depresión sea el paradigma de su malestar psíquico (Hernández, 1996).

Según García-Leiva (2005), la propuesta dominante en la actualidad acerca de la identidad de género plantea que ésta se origina de una interacción continua entre lo biológico y lo cultural, es decir, entre el dimorfismo sexual hombre y mujer, y su producto sociocultural respectivo; masculinidad y feminidad. El género se puede entender como una creación simbólica al interpretar relaciones entre hombres y mujeres como construcciones sociales y culturales que se derivan del significado atribuido al dimorfismo sexual. Como afirma De Barbieri (citado en Lartigue, de la Cerda y González, 2002) el género representa:

Los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómico fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos

sexuales, a la reproducción humana y en general al relacionamiento entre las personas (p. 4).

Dio-Bleichmar (1991) señala que las características que describen al modelo de feminidad son: sensibilidad, complacencia, dulzura, ausencia de agresividad y competencia, dependencia, pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, fragilidad. Mientras que las características que describen al modelo masculino son: actividad, firmeza, capacidad para afrontar el riesgo, fuerza, decisión, autonomía, autoconfianza. Se postula como etiología de depresión en la mujer el estereotipo de la feminidad.

La depresión en mujeres y hombres ha sido explicada por los académicos feministas como un producto de características sociales, políticas y económicas (Stoppard, 2000). La presente investigación comprende el género como un fenómeno construido socialmente, por lo que nos interesa aproximarnos a las posturas feministas.

Según Barker (2004) el feminismo puede entenderse como un cuerpo diverso de trabajo teórico y como un movimiento social y político. En ambos casos, el feminismo busca examinar la posición de la mujer en la sociedad y seguir sus intereses. El feminismo está influenciado por las ideas del construccionismo social y la posmodernidad; afirma que el sexo y el género son una construcción social y cultural que no puede ser explicado en términos de la biología ni reducido a las funciones del capitalismo. Esta postura antiesencialista sugiere que la feminidad y la masculinidad no son categorías universales eternas, sino discursos contruidos. Esto quiere decir que la feminidad y la masculinidad son formas de describir y disciplinar a las personas. Al respecto, Butler (2007) afirma:

Cuando la «cultura» pertinente «construye» el género se entiende en función de dicha ley o conjunto de leyes, entonces el género parece preciso y fijo como lo era bajo la afirmación de que «biología es destino». En tal caso, la cultura, y no la biología, se convierte en destino (p.57).

Esta idea es importante porque limita a las personas a asumir los discursos y las acciones acordes a su género. Emmons (2008) afirma que las ideologías de género y los arquetipos culturales impregnan los discursos en torno a la depresión. Emmons (2008) sostiene que cuando los hablantes toman el discurso cultural común de la mujer como un ser excesivamente emocional, se forman narrativas de la identidad alrededor y a través de creencias culturales que se originan más allá del discurso inmediato. Estas adquisiciones culturales trascienden límites temporales, naturalizando un conjunto de creencias u orientaciones a través de discursos que generan un conjunto de roles y escenarios para las

personas. Mientras la depresión en hombres tiende a ser presentada como un distanciamiento de los sentimientos, en mujeres es más probable que se entienda como una consecuencia de su compleja vida emocional.

Emmons (2008; 2010) argumenta que estas interpretaciones se sostienen en que estas ideas han sido comúnmente aceptadas y dadas por sentado por la sociedad, siendo manifiestas en telenovelas, publicidad, noticias, entre otros. En la cultura occidental se ha construido la creencia de que las mujeres son gobernadas por emociones volátiles, sienten más emociones, las experimentan con más fuerza y tienen menos control sobre ellas que los hombres. Además tales emociones son asociadas con los trastornos del humor (histeria, manía, depresión, trastorno disfórico premenstrual). Se ha construido la creencia de que el carácter emocional de la mujer define la propia feminidad.

A su vez, siguiendo lo expuesto por Emmons (2008), la gama y las formas de emoción disponibles para las mujeres también son importantes para los estudios de depresión, pues las mujeres tienen un espacio socialmente aceptado para estar tristes, felices, ansiosas o incluso irritables, pero la ira y la agresión están reservadas para los hombres y patologizadas para las mujeres. Los discursos predominantemente occidentales de la depresión se apoyan y refuerzan las expectativas comunes sobre las emociones "naturales" de las mujeres, pero parecen divergir bruscamente de las expectativas sobre los hombres y las emociones. Según Emmons (2008; 2010), tan aceptadas son estas suposiciones de género que pasan inadvertidas en conversaciones casuales e incluso en investigaciones académicas y sensibilidades diagnósticas.

Como señala Möller-Leimkühler (2002) la literatura en torno a la depresión ha estado centrada en la situación de la mujer porque se cree que ella es más propensa a padecerla que los hombres. Las explicaciones de esta desigualdad se centran en que la misma puede ser producto de la diferencia entre géneros respecto a la búsqueda de ayuda, la cualidad de los síntomas, autoevaluaciones acorde al rol de género, tradición de diagnosticar más a las mujeres y mejor detección del trastorno en mujeres debido a que las escalas no incluyen síntomas que predominan en hombres.

Según Möller-Leimkühler (2002), las investigaciones señalan que hay una diferencia significativa en la búsqueda de ayuda entre sexos, las mujeres tienden a buscar ayuda en general, mientras que los hombres tienden a buscar ayuda en relación a problemas físicos y no problemas psicológicos. Además, estas investigaciones revelan que la motivación en la búsqueda de ayuda para los hombres es principalmente obtener un récipe o un beneficio secundario, mientras que las mujeres esperan obtener contención

por parte del médico. También, el hecho de que a nivel mundial los hombres tienden más al suicidio (OMS, 2014) abre la posibilidad de hipotetizar que, considerando que la depresión es una de las mayores causas de suicidio, los hombres que no buscan ayuda y no son tratados tienden a optar por esa decisión. Como afirma Angst y Ernst (citado en Möller-Leimkühler, 2002): “Las mujeres piden ayuda, los hombres se suicidan” (p.3).

El rol masculino en la cultura occidental implica no percibir ni admitir ansiedad y problemas, en lugar de ello se valora la furia, la agresividad y la hostilidad como socialmente aceptadas como código masculino de expresividad. Por tanto, como hombres tienden a ignorar los síntomas, el límite para expresar dolor y sensibilidad emocional (sobre todo con sentimientos de debilidad, incertidumbre, compasión y tristeza) es ocultado y resulta en una restricción emocional. Tienden a experimentar la depresión como una amenaza a su identidad masculina, puesto que ser débil y necesitar ayuda no es masculino (Möller-Leimkühler, 2002).

Entonces, como plantea Möller-Leimkühler (2002), la búsqueda de ayuda implica una pérdida de estatus (poder), pérdida de control y autonomía, competencia, dependencia y una amenaza a la identidad masculina. Por ello, los hombres con depresión buscan un espacio socialmente aceptado con su rol de género para aliviar los síntomas, rechazan la medicación y prefieren el alcohol (Riska y Ettore citado en Möller-Leimkühler, 2002), se vuelven adictos al trabajo u optan por el suicidio.

Otras razones por las que los hombres no buscan ayuda recaen en los altos costos económicos de la consulta, dificultad en buscar tiempo para ir por ayuda, el subestimar el diagnóstico, ya que, en contraste con otros diagnósticos como esquizofrenia, la depresión no es percibida como un desorden psiquiátrico, sino como una extensión de sentimientos que normalmente sienten las personas (Möller-Leimkühler, 2002).

Por estos aspectos se considera que los hombres son subdiagnosticados, por miedo a ser socialmente estigmatizados, ya que para ellos representa un doble insulto, primero por el hecho de estar enfermos y segundo, el hecho de que sea debido a depresión. También ocurre que los psiquiatras o psicólogos hombres tienden a ignorar los problemas emocionales de los pacientes masculinos debido a su percepción de género, los diagnósticos somáticos se prefieren para hombres y los psicósomáticos para mujeres (Möller-Leimkühler, 2002).

Estas razones podrían explicar la paradoja de que las mujeres tienen el doble de probabilidad de padecer depresión, pero los hombres tienen más probabilidad de suicidio (Möller-Leimkühler, 2002).

Nos interesa tomar participantes hombres y mujeres, puesto que las investigaciones acerca de depresión suelen llevarse a cabo en su mayoría con participantes mujeres debido a que se ha construido como una psicopatología propia de las mismas (Cartes, 2014; Dio-Bleichmar, 1991; Hernández, 1996; Lafrance y Stoppard, 2006; Möller-Leimkühler, 2002), por lo que la inclusión de participantes masculinos permitirá explorar las diferencias que existen en cuanto a los discursos de género y así tener una mayor comprensión del fenómeno de estudio. Dicho esto, a continuación expondremos el planteamiento del problema y la metodología que se tomará para llevar a cabo esta investigación.

Proceso de recuperación

Desde el enfoque de los profesionales de la salud, la OMS (2017) señala que hay tratamientos eficaces para la depresión, principalmente los psicológicos y los farmacológicos, brindados principalmente por psicólogos y psiquiatras. Los tratamientos psicológicos consisten en diversos tipos de psicoterapia, tales como conductual, cognitivo-conductual, psicodinámica, entre otras. Por otro lado, los tratamientos farmacológicos consisten en la utilización de medicamentos para estabilizar el humor u otros aspectos que podría estar alterando la depresión (sueño, ansiedad, etc.). Es común que los profesionales opten por realizar la psicoterapia en conjunto con la medicación, no obstante depende de cada caso.

Ahora bien, cabe destacar que en el proceso de búsqueda de ayuda profesional, previo a recibir un tratamiento, es posible que las personas se encuentren expuestas a recibir un diagnóstico por parte de los profesionales. Desde la postura de esta investigación consideramos que el hecho de recibir un diagnóstico posee un impacto en la identidad y va a variar dependiendo de la forma en cómo se enuncie a la persona y el significado que la misma le atribuye, por eso nos interesó explorar este aspecto en las historias de los participantes.

Autores como Rosenhan (1973) hicieron investigaciones sobre los contextos psiquiátricos y los efectos que tiene el ser diagnosticado de “enfermo mental” sobre una persona. Rosenhan (1973) señala que no hay manera de conocer si en realidad existe tal cosa como la psicopatología, o la anormalidad, dado que una vez que una persona ha sido

diagnosticada con un trastorno psicológico, la percepción que otros puedan tener de él o ella y de sus circunstancias se ve automáticamente afectada por el diagnóstico.

Existen sobre este tema gran variedad de artistas y escritores que ilustran la vivencia en una institución mental y cómo ésta puede afectar el bienestar psicológico. Al respecto, la película *Shutter Island* (Scorsese, 2010) ofrece una visión interesante cuando en una escena una mujer que es falsamente acusada de “enferma mental” dice: “Once you're declared insane, then anything you do is called part of that insanity; any reasonable protests are denial, any valid fears are paranoia” (“Una vez que te declaran loco, cualquier cosa que hagas la declaran parte de esa locura; cualquier protesta razonable es negación, cualquier temor válido es paranoia”). Esta cita ilustra perfectamente la crítica de Rosenhan hacia las etiquetas diagnósticas, y puede hacer surgir la duda de si la psicopatología es en realidad tal cosa o un producto de la construcción social.

Rosenhan (1973) afirma que sí existe el sufrimiento psicológico, pero que el diagnóstico de normalidad y anormalidad resulta inútil, peyorativo y hasta dañino para la persona que lo recibe, además que da al mundo exterior una pauta incorrecta sobre cómo percibir a esa persona.

Aunado a lo que señala Rosenhan, los tratamientos farmacológicos para trastornos depresivos puede generar una consecuencia similar que la etiqueta diagnóstica. Karp (2006), plantea que los psicofármacos son cualitativamente distintos a otros tipos de medicación, pues su propósito es modificar el humor, sentimientos y percepciones de las personas. “Estos medicamentos actúan en -incluso crean- la conciencia de las personas y, por consiguiente, tienen profundos efectos sobre la naturaleza de sus identidades” (Karp, 2006, p. 12).

Algunas hipótesis refieren que, la depresión se debe a un desbalance químico en el cerebro que se puede corregir con la medicación. En la mayoría de las personas este proceso marca un cambio significativo en la forma en cómo viven su enfermedad (Karp, 2006). Al respecto, Karp (2006) señala:

Más profundamente, tomar las píldoras inicia un proceso de autotransformación que puede cambiar la vida. Para muchos, las drogas psicotrópicas provocan algunas preguntas básicas: ¿Quién soy? ¿Cómo me he convertido en la persona que soy? ¿Hasta qué punto tengo el control de mis emociones, pensamientos y percepciones? (p.13).

Lo que señala Karp (2006) se ve reflejado en relatos como el de la escritora y periodista Elizabeth Wurtzel, quien escribió acerca de su experiencia con depresión

durante su juventud en el libro *Prozac Nation*. En el siguiente extracto Wurtzel (1994) destaca su vivencia respecto a la medicación:

Estoy tan suficientemente harta de ser miserable que tomo dos pequeñas cápsulas de Prozac verdes y blancas cuando salgo de su oficina, y vuelvo a tomar una dosis dos veces al día de litio, también añado veinte miligramos de Inderal cada día, un bloqueador beta que normalmente se usa para bajar la presión sanguínea, porque lo necesito para contrarrestar el temblor de la mano y otros efectos secundarios del litio. Tomar fármacos engendra tomar más fármacos.

Y no puedo creer, mirándome en el espejo, viendo lo que para todos los ojos debe parecer ser una joven y saludable de veinticinco años, con la piel enrojecida y bíceps visibles, no puedo creer que nadie en su sano juicio negaría que estas son sólo demasiadas malditas píldoras (p. 21).

Asimismo, la experiencia de una de nosotras con la medicación también representa una referencia:

Que te digan que tienes que tomar medicamentos es así como una sentencia de muerte, fue el “estás loca, estás enferma” que tanto quería pero que temía a la vez.

La medicación fue una experiencia extraña, no fue como esperaba. Al principio me daban náuseas, así que eran la excusa perfecta para evitar situaciones displacenteras, para huir rápidamente. Hubo un momento luego de que hicieron efecto en el que todo se transformó. Pasé de sentirme aplastantemente triste, de no poder moverme, a estar demasiado alegre. Es una sensación extrañísima, como sentir que estás demasiado contenta y quieres que todos lo sepan y que te vean reír a carcajadas, pero a la vez sabes que es mentira. La alegría es de mentira y no puedes controlarla, y en esa alegría exagerada y falsa dejé de sentirme como yo misma y eso para mí fue inaceptable. Prefiero estar triste y sentir que soy fiel a mí misma, la tristeza se siente más natural en mí (De Castro, 2017, p.1).

Aunado a la reflexión acerca de cómo los fármacos pueden afectar la vida de una persona, también se halla la reflexión sobre cómo nos afecta como sociedad y qué dice sobre nuestra humanidad. Tal como postula Karp (2006):

Las actitudes y sentimientos de las personas sobre los medicamentos psiquiátricos van más allá de las cuestiones de salud y enfermedad. Estas

drogas a menudo hacen que las personas se enfrenten a problemas básicos sobre su propia humanidad. En particular, debemos preguntarnos por qué los medicamentos que a veces alivian drásticamente el sufrimiento humano hacen que algunas personas se sientan incómodas con sus nuevos y más "sanos" seres. (p.13).

Por otro lado, otra forma de tratamiento común para la depresión es la psicoterapia. Fernández-Liria, Hernández, Rodríguez, Benito y Mas (citado en Andrade, 2005), formulan que la psicoterapia es: “Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud del segundo” (p.9).

Cabe destacar que existen diversos enfoques de psicoterapia para trabajar la depresión, lo que nos interesa recalcar de los mismos es, más allá de las características de cada uno, el significado que puede tener para la persona en su proceso de recuperación.

Un concepto que es común en las diferentes corrientes psicoterapéuticas, y que permite abordar parte del significado que puede llegar a tener la terapia para una persona, es el de alianza terapéutica. Siguiendo las ideas de Bordin (citado en Andrade, 2005), la alianza terapéutica es el: “elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio” (p.13).

Para dicho autor, el vínculo abarca una compleja red de nexos personales entre el paciente y el terapeuta, cuya calidad determina el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta, y que incluye elementos tales como la empatía, la confianza mutua y aceptación. Este concepto también engloba los contratos o acuerdos que pueden establecerse entre el paciente y el terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia, actividades o tareas a realizar en el marco de la misma (Andrade, 2005).

La mayoría de las prácticas terapéuticas propuestas en la modernidad han aislado al individuo para curarlo y las relaciones resultan un elemento secundario o artificial en este proceso. Mientras que en la posmodernidad, el proceso relacional cliente-terapeuta es el que permite entender los significados que el consultante posee del mundo (Gergen y Warhus, 2003). Se subraya la importancia de la colaboración activa que debe existir entre los participantes de la díada. De este modo, la alianza hace referencia a la calidad y a la fuerza de esta relación de colaboración entre paciente y terapeuta (Andrade, 2005).

Desde la postura de la posmodernidad, la terapia funge como un proceso dentro del cual la relación tiene que ver con el reconocimiento al otro como legítimo, es decir,

como el protagonista de su propio proceso de cambio (Arango y Moreno, 2009). La compañía del terapeuta posee entonces un gran valor en el proceso de recuperación, pues como afirma Bruner (2001): “tan poderosos son los vínculos que nos unen que dan sentido a la vida” (p.37).

Exposición del problema de investigación

Yo me comencé a medicar en mayo y como a los dos tres meses eh apareció... o sea yo un día me levanté y sentí que era otra vez yo. Fue como... o sea me volví a sentir... normal, o sea bien, y digo como... sí, sentirme yo. Porque yo había sentido que había perdido la percepción normal de las cosas... J. Landaeta (comunicación personal, Octubre 30, 2017).

Esta cita, tomada de una conversación entre las investigadoras y un conocido que atravesó por varios episodios de depresión, ilustra la experiencia del joven de 22 años luego de que su medicación con Prozac hiciera efecto. En contraste a este caso en particular, está el caso de la investigadora que toma a estos síntomas depresivos como parte de su identidad y su forma de ser. De alguna forma estas dos experiencias ilustran las consecuencias que puede tener la depresión sobre la concepción que tiene la persona de sí mismo y cómo esto puede generar un gran sufrimiento.

Parece que en su mayoría las teorías e investigaciones de depresión mencionan que la identidad es uno de los principales procesos afectados por este trastorno, tal como Freud (1917) al hablar del yo, que luego Grinberg (1980) reformula como el daño sufrido por el Yo producto del self o sí mismo que se pierde con el objeto, Karp (1994) al hablar de la enfermedad del sí mismo, e incluso Beck (1976) cuando hace referencia al concepto negativo de sí mismo.

¿Por qué a si una persona se le somete a exactamente a los mismos estímulos externos que a otra, una se deprime y la otra no? Bueno, ahí tiene que haber algo que estructura la persona, del paciente, la persona... Claro, tú dices ‘bueno pero es que se fueron tus amigos, pero es que pasó esto, pero es que te montaron cachos, pero es que pasó lo otro’. Sí, está bien. Pero ahí viene el pensamiento este de culpa de ‘bueno pero es que hay mucha gente que pasa por lo mismo y no se deprime ¿por qué yo sí? Ehh... Entonces claro, ahí comienza este pensamiento de bueno, ¿será es que uno es depresivo y ya? Y sí, yo me deprimó porque soy depresivo, porque tengo este factor genético o como se quiera llamar ¿no?... J. Landaeta (comunicación personal, Octubre 30, 2017).

Las teorías mencionadas anteriormente coinciden en que uno de los principales síntomas asociados a la identidad de la persona deprimida son las ideas de culpa, que Karp (1992) señala que se derivan de la ambigüedad acerca de las causas que le atribuye la persona a su condición y al sentimiento de la pérdida de control sobre su vida, propia del trastorno.

Autores como Rosenhan (1973), Goffman (2006) y Tajfel (1981) desarrollan los efectos que tiene el ser categorizado socialmente, criticando en las perspectivas médicas el impacto que produce el ser diagnosticado de “enfermo mental” sobre una persona.

Rosenhan (1973) señala que una vez clasificada una persona con un diagnóstico, difícilmente podrá librarse de este estigma, pues se distorsiona profundamente la opinión de otros acerca de él y de su propia conducta. Una vez que se inserta la impresión de que una persona es depresiva, la expectativa es que se mantenga siendo depresiva. Como afirma Gergen (2007): “la teoría en sí misma es una forma de práctica” (p. 113), lo cual quiere decir que los discursos constituyen una invitación a actuar en ciertas formas y en oposición a otras, la teoría puede ser constitutiva de la vida cultural y cotidiana.

Esta última idea refiere a lo que señalan las aproximaciones posmodernas de la identidad (Gergen, 2007; Goffman, 2006; McAdams, 2001; Mead, 1973; Tajfel, 1981), las cuales establecen que la misma se construye de forma relacional en un proceso social a través del lenguaje. Por tanto, no sólo se trata de cómo la persona se ve a sí misma, sino cómo las demás creen que es. La identidad se construye en relación con el entorno y las personas que lo conforman. Siguiendo esta idea podemos ver que la depresión deteriora todos los ámbitos de la vida de una persona, la forma de vincularse con su entorno, y eso se asocia con cómo se construye la identidad.

¿Por qué de pronto yo tuve que cambiar ciertos eh, sí, ciertas cosas de la vida cuando antes las hacía perfectamente normal? Como lo era el simple hecho por ejemplo de ir al colegio o tener una vida social medianamente normal. O sea mis expectativas no eran, no sé, poder ir al escalar el Everest, o sea no. Simplemente era volver a poder a hacer cosas que eran sencillas que uno hacía antes y que de pronto sin uno darse cuenta habías dejado de hacer por cómo te sentías, sin darte mucha cuenta de cuándo había pasado.

Landaeta (comunicación personal, Octubre 30, 2017).

A partir de la comprensión teórica, como de nuestra propia experiencia y de escuchar las experiencias de otros, nos hemos dado cuenta de que en casos de depresión se atribuyen los síntomas a la propia forma de ser del individuo. Sin embargo, llama la

atención que este hecho es de por sí un síntoma de la depresión, descrito en el DSM-5 como un sentimiento de culpabilidad en forma de autorreproche. Como investigadoras queremos aproximarnos al fenómeno una vez que haya una remisión de los síntomas, es decir la manera en que las personas conciben su identidad luego de haber atravesado por un trastorno depresivo, centrándonos en su vivencia subjetiva y los significados asociados a cómo vivieron esa experiencia. Nos interesa conocer cómo la experiencia de depresión puede determinar la identidad incluso cuando ya no hay síntomas agudos.

Asimismo, la literatura sobre depresión nos ha hecho considerar que la vivencia masculina de este trastorno ha sido dejada de lado a través del subdiagnóstico de esta condición en varones y menos investigación en esta área (Möller-Leimkühler, 2002), por lo que nos interesa abarcar ambos géneros para explorar las particularidades que se pueden dar en la construcción de la identidad, la vivencia subjetiva de la depresión y los significados asociados a su experiencia con el fin de comprender con mayor profundidad el fenómeno de estudio.

Como investigadoras buscamos posicionarnos frente a este problema desde una visión crítica de las teorías que exponen que las causas de este trastorno son de origen interno en las personas, que parecen pasar por alto las variables culturales y contextuales dentro de las cuales se ven inmersas los individuos (Lewis, 1995).

Según Lewis (1995), las teorías de corte social proponen que las variables culturales y contextuales pueden tener gran peso en la aparición de la depresión. Concordamos con las críticas que hacen estas teorías a los modelos cuyo foco es el síntoma: dejan de lado una gran parte de la experiencia de vivir una condición como la depresión y que en ella, al igual que en cualquier cuadro clínico, es importante tomar en cuenta la manera en que la condición es vivida por la persona y cómo su contexto social puede influir en su aparición o incluso la recuperación.

Como se mencionó, una de nosotras fue diagnosticada con depresión. El hecho de que una de nosotras haya vivido la experiencia que investigamos, da a este trabajo un matiz más personal en cuanto a nuestra postura como investigadoras y nos proporciona la perspectiva de alguien que lo ha vivido. De Castro (2017), una de las autoras de esta investigación, comparte parte de su experiencia relatada en su diario de campo:

Mi experiencia con los especialistas no fue satisfactoria, no me sentía protegida. Por un lado estaba mi psicóloga, que a pesar de ser una figura bastante contenedora, al empezar a notar que yo podía estar deprimida sencillamente suspendió la terapia para referirme a psiquiatría. Ella nunca

pensó que yo tal vez hubiera querido continuar con la psicoterapia. ¿Dónde quedó mi opinión al respecto? ¿Dónde quedé yo como persona con un papel diferente al de ser paciente? En psiquiatría se preocupan muy poco por esta cuestión... Recuerdo que una alternativa que me dieron a la medicación con pastillas fue una inyección. Una inyección para la depresión, como si se tratase de cualquier otra enfermedad. Recuerdo caminar al salir del consultorio y ver a una mujer conectada a un cable, a una aguja, y mi psiquiatra mostrándomela y diciéndome que con la inyección en dos semanas ‘se me quitaría todo’...

Esto ilustra nuestra posición y nuestro interés por la visión subjetiva que tiene el paciente de su propia condición. Esta vivencia nos demuestra que existe un problema en cuanto a la manera en que se concibe y se ha tratado a la enfermedad mental desde ciertos modelos clínicos, y que el discurso de las personas que están inmersos en ellos y que conocen de primera mano lo que es sufrir de depresión puede ayudarnos a dar luces sobre este tema.

Tomar en cuenta la subjetividad puede permitir comprender el fenómeno desde otro punto de vista, lo cual puede aportar al conocimiento que se tiene del mismo y modificar las aproximaciones profesionales en pro de la salud y bienestar de la persona. Siguiendo esta línea de ideas, Lewis (1995) expone lo siguiente:

La depresión ha sido conceptualizada como una enfermedad dentro de los modelos clínicos predominantes y esto ha limitado las aproximaciones y la investigación sobre depresión. Aunque en la práctica, clínicos e investigadores pueden estar conscientes de que la depresión no puede ser explicada de manera adecuada en términos del modelo de enfermedad, esta aproximación predomina en la literatura de investigación, en la cual la depresión es vista como un problema clínico y definida en términos clínicos mediante la identificación de sus síntomas (p. 1).

Las posturas cognitivas y médicas se centran en la categorización diagnóstica, que como plantea Rosenhan (1973), construyen una realidad en la cual los significados de las conductas pueden ser malinterpretados, provocando aislamiento, despersonalización, humillación, impotencia y desvalorización en las personas que sufren o sufrieron de esta condición, que desfavorecen al proceso de recuperación. Por lo tanto, como plantean Corbin y Strauss (citado en Karp, 1994), conocer la experiencia subjetiva de la trayectoria del trastorno puede ser utilizado para mejorar y generar intervenciones en adultos por

parte de los profesionales. Para comprender dicho problema desde un punto de vista más cercano a quienes lo viven necesitamos comprender cómo se vive la depresión desde la persona deprimida y más allá de las categorías diagnósticas, entender qué significado le dan aquellos que la padecen.

Nuestro interés y experiencia práctica como estudiantes en la psicología clínica nos han llevado a observar que muchas veces se deja de lado la perspectiva de cómo la persona atraviesa su experiencia. Esto nos ha hecho cuestionar cómo es concebida la persona desde esta práctica. El interés por cómo se construye la identidad luego de una adversidad, aunado al hecho de que una de nosotras atravesó por el proceso de ser diagnosticada con depresión nos llevó a preguntarnos: ¿Cómo influye el diagnóstico de depresión en las personas?, ¿Cómo influye el género en la vivencia de la depresión?, ¿Cómo influye la experiencia de pasar por un trastorno depresivo en la identidad?, ¿Qué significado tiene ésta experiencia para la persona?

En vista de que la depresión es el trastorno mental más común en la población mundial (APA, 2018), y tomando en cuenta la desinformación acerca de datos oficiales de depresión y la falta de tratamientos, aunado a la crisis humanitaria que se vive actualmente en Venezuela (OMS, 2017; Soto, 2016), consideramos que es de relevancia social realizar esta investigación, pues puede ofrecer una visión más completa para la comprensión del fenómeno, así como visibilizar elementos que fueron útiles para la recuperación de los participantes que vivieron esta condición.

Diseño general de la investigación

Postura paradigmática

Este estudio se sitúa en el marco de la posmodernidad, dentro de la misma aparece una formación ecléctica de un conjunto de paradigmas y teorías; es un tipo de pensamiento en el que cabe temáticas dispersas (Rocca, 2011). Uno de los paradigmas de la posmodernidad y que además resulta afín con los principios que la misma plantea es el construccionismo social, el cual se utiliza en este estudio.

Kuhn (2004) define paradigma como: “logros científicos universalmente aceptados que durante algún tiempo suministran modelos de problemas y soluciones a una comunidad de profesionales” (p.14-15). Asimismo, Montero (2001) define paradigma como un modelo o modo de conocer que incluye una concepción tanto del individuo como del mundo en el que vive y las relaciones entre ambos, lo cual supone un conjunto sistemático de ideas y prácticas que rigen las interpretaciones acerca de la actividad humana. Para que haya un paradigma es necesario que exista una comunidad científica caracterizada por disponer de canales de comunicación propios, compartir un mismo enfoque epistemológico, emplear un lenguaje conceptual común, por usar métodos particulares e incluso por asumir valores similares (Munné citado en Montero, 2001).

Se abordó la presente investigación desde el construccionismo social como paradigma, el cual Gergen (2007) define como una forma de entender al mundo que concibe al conocimiento como una construcción, que se produce, fundamenta y valida a través del lenguaje y los procesos sociales en los que se enmarca. Tal como describe Creswell (2007), el construccionismo social es un paradigma que asume que los participantes construyen el significado de una vivencia, significados que se originan en interacciones y discusiones con otras personas, que incluyen tradiciones culturales e históricas.

Nos interesó este paradigma, puesto que partimos de posturas teóricas que conciben a la identidad como una construcción relacional, visualizando la concepción de este fenómeno como un discurso, como una narración inteligible dentro de un conjunto de relaciones en curso (Gergen, 2007). El construccionismo social, a su vez, permite aproximarnos al fenómeno de investigación desde la perspectiva de cada uno de los

participantes y comprender cómo la vivencia de la depresión, los significados que le asocian a ella y las particularidades asociadas al género, pueden permear su proceso de construcción de la identidad posterior a haber experimentado un trastorno depresivo.

Montero (2001) señala que la noción de paradigma es un ámbito del saber configurado por cinco dimensiones que interactúan en todo momento y son inseparables, que constituyen el punto de partida para determinar qué es la investigación y cómo se llevará a cabo. Las cinco dimensiones son: ontología, epistemología, metodología, ética y política. Como afirma Montero (2001):

Toda epistemología está directamente relacionada con una concepción ontológica, que define al ser y al objeto de conocimiento, en función de los cuales se produce una relación cognoscitiva. A su vez, el método que se aplique refleja igualmente esos dos aspectos. Y quien habla de ontología, epistemología y metodología no puede dejar de referirse a la ética y a la política (p. 9).

Siguiendo a Montero (2001), la dimensión ontológica se enfoca en definir cuál es la naturaleza de la realidad y lo que se desea conocer u objeto de estudio. Respecto a esta dimensión, Gergen (2007) establece:

Para los modernos, el mundo simplemente está ‘allá afuera’ disponible para ser observado. Dentro de los textos de la posmodernidad, sin embargo, no existen bases para dicho supuesto. No hay medios para declarar que el mundo está ‘allá afuera’ o que está reflejado objetivamente ‘aquí’. Para hablar de ‘mundo’ o ‘mente’, se requiere del lenguaje... Hablar, entonces, de ‘mundo material’ y ‘relaciones causales’ no es describir de modo exacto lo que existe, sino participar de un género textual (p. 99).

Sin embargo, dentro de los textos de la posmodernidad no hay medios para declarar dicho supuesto, que la realidad sea absoluta e independiente de nuestras concepciones sobre ella. Para hablar del mundo se requiere del lenguaje. Las palabras no son espejos del mundo, sino constituyentes de los sistemas de lenguaje. Hablar no es describir de modo exacto lo que existe, sino participar de un género textual. Las concepciones que se asumen de la realidad, y la realidad misma, no pueden ser verificadas o falseadas a través de la observación; más bien, una preestructura lingüística es esencial para dirigir e interpretar cualquier observación (Gergen, 2007).

La dimensión ontológica del construccionismo social supone un antiesencialismo, es decir, que las personas y la realidad son producto de procesos sociales (Íñiguez, 2005). Se asume que no hay una verdad esencial o universal subyacente a la realidad. La verdad no es una sola sino que hay múltiples versiones de ella, puesto que para referirnos a la misma se usan convenciones lingüísticas. Por tanto pueden existir tantas versiones de la realidad como puedan ser elaboradas por grupos sociales (Ledezma, 2005).

A su vez, la dimensión ontológica supone un determinismo cultural e histórico de la realidad, es decir, que la misma está determinada por lo construido socialmente a través del lenguaje (Íñiguez, 2005). La naturaleza de la realidad no se deriva del mismo mundo, sino del hecho de estar inmerso en una tradición de prácticas culturales. Las construcciones de la realidad se derivan de relaciones dentro de comunidades interpretativas (Gergen, 2007).

Los grupos sociales o prácticas culturales de los cuales forman parte los participantes constituyen esas múltiples versiones de la realidad. Por ejemplo, el formar parte de una perspectiva de género puede determinar la forma en cómo se vive la depresión y se construye la identidad. El ser hombre o mujer representa una realidad distinta a la que vive una persona del sexo opuesto, con vivencias particulares en cada caso, sin embargo ambas vivencias representan una versión válida de la realidad a pesar de ser diferentes entre sí.

Sucede lo mismo con otras características de la vivencia de depresión, como las causas que le atribuye la persona a su depresión, la forma y el contexto en que se da el diagnóstico, los significados que tiene ese diagnóstico sobre la identidad de cada persona, el tipo de tratamiento, etcétera. Lo que nos interesa como investigadoras es utilizar el contenido de la experiencia de los participantes, usando citas y temas en sus propias palabras, para proveer evidencias de las diferentes perspectivas de la experiencia de depresión y la construcción de la identidad asociada a ésta.

Siguiendo a Gergen (2007), en este sentido, lo que se toma como “lo real” y lo que se considera como verdad transparente del funcionamiento humano es un producto de la construcción comunal. No obstante, esto no refiere a un solipsismo lingüístico o reduccionismo, ni que nada existe por fuera de las construcciones lingüísticas. Lo que sea que existe, existe sin importar las prácticas lingüísticas. Sin embargo, al comenzar a describir o explicar lo que existe se procede a partir de una preestructura de inteligibilidad

compartida. En la posmodernidad y en el paradigma construccionista, el lenguaje no es hijo de la mente sino de los procesos sociales y culturales. Como dijo Gergen (2007):

El lenguaje gana su significado dentro de formas continuas de interacción, dentro de “juegos del lenguaje”, como los llamó Wittgestein. “Decir la verdad”, de acuerdo con esta exposición, no es formar una imagen exacta de “lo que realmente pasó”, sino participar en un conjunto de convenciones sociales, una forma de poner las cosas aprobadas dentro de una “forma de vida” dada. “Ser objetivo” es jugar con las reglas de una tradición específica de prácticas sociales. (p.101) [comillas en el original].

La dimensión epistemológica se orienta a definir cuál es la naturaleza de la relación entre quien conoce y lo que se quiere conocer. La dimensión epistemológica en el construccionismo está basada en que el conocimiento se construye en relación. Cabe destacar, como expone Montero (2001):

No significa esto la pérdida de la individualidad, sino la noción de que somos en la relación. Uno se reconoce como tal por la presencia del otro y por la relación que sostienen entre sí. Se es en relación y no se puede ser fuera de ella. La individualidad entonces es un elemento de la relación que se construyen por ella y en ella. (...) Tampoco significa despersonalización ni desaparición de la distintividad de cada individuo. Se refiere a un fenómeno en el cual se es con los otros, sin dejar de ser singular. Pero se es en relación, no de manera aislada (p. 9).

Según Ibáñez (1992), la dimensión epistemológica asume un relativismo. El construccionismo social expone que en la dicotomía sujeto-objeto no existe una independencia del sujeto hacia el objeto, enfatizando en el carácter construido del sujeto, del objeto y del conocimiento. La realidad no existe con independencia de las prácticas mediante las cuales la objetivamos, lo que somos social, biológica y físicamente constriñe el modo en que podemos construir la realidad. Esto sitúa al conocimiento científico en un relativismo epistemológico, como plantea Ibáñez (1992): “El conocimiento científico recurre a conceptos y a categorías que son estrictamente *convencionales*, es decir, que no representan a nada sino es porque nosotros hemos *decidido* que representan algo” (p.249) [cursivas en el original].

Siguiendo esta idea, Ledezma (2005) propone lo siguiente:

El conocimiento que se obtiene de la realidad es un producto subjetivo de la capacidad intelectual de quienes lo elaboran, no es un "reflejo" de la

realidad sino una versión constituyente de la misma; el conocimiento de la realidad y la realidad son la misma cosa: una elaboración humana. Este principio niega la separación entre lo objetivo y lo subjetivo (p. 12).

En síntesis, el conocimiento se construye mediante un proceso al que concurren múltiples redes sociales, convenciones, entramados de relaciones de poder y procedimientos retóricos (Ibáñez, 1992).

Todo esto implica que asumimos como investigadoras que el conocimiento que se genere de la investigación es co-construido. Para lograr dicho conocimiento, tal como afirma Creswell (2007), debemos minimizar la brecha existente entre nosotras y los participantes, asumiendo que no existe tal cosa como una “distancia objetiva”, sino que esa perspectiva cercana y “desde dentro” del fenómeno es lo que ayudará a generar un conocimiento significativo acerca del problema de investigación. Además, nuestro estudio posee la característica de que una de las investigadoras atravesó una experiencia similar a la de los participantes, lo que nos da una perspectiva interna del fenómeno, y aporta a minimizar dicha brecha.

La dimensión ética abarca el juicio de apreciación aplicado a la distinción entre el bien y el mal, la concepción del otro y su lugar en la producción de conocimiento. La dimensión política se enfoca en lo relativo a la vida organizada colectivamente, lo concerniente a derechos y deberes civiles, relaciones de poder y su dinámica en el espacio público (Montero, 2001).

Tomamos estas dimensiones en conjunto, ya que Gergen (2007) afirma que la psicología ha estado dedicada durante mucho tiempo a una neutralidad ética y política, refugiándose en la creencia de que los hechos pueden ser separados de los valores, intereses y relaciones de poder, dando como resultado una evitación generalizada de la importancia moral y política en el área.

No obstante, desde la visión del construccionismo, las distinciones teóricas, los hallazgos que se reportan y los métodos de investigación que se eligen, entran en la sociedad como concepciones que tienen la capacidad de alterar la vida cultural para bien o para mal, ya que las explicaciones teóricas son acciones discursivas dentro de una comunidad, y la teoría puede moldear lo que se construye como realidad. Un discurso constituye una invitación a hablar de diversas formas y en oposición a otras. En ese sentido, la teoría puede ser constitutiva de la vida cultural. Por tanto, el paradigma construccionista parte de la reflexión ética y política. Implica la reflexión de la medida en que las teorías se suman a los vocabularios de comprensión cultural (Gergen, 2007).

Como afirma Gergen (2007), el construccionismo invita a reflexionar acerca de: ¿A quién estamos ayudando y a quién estamos perjudicando cuando distinguimos entre los inteligentes y los no inteligentes, lo patológico y lo normal, los prejuiciosos y los no sesgados?, ¿qué forma de cultura estamos creando cuando vemos la explotación, la infidelidad y la violación como acciones masculinas biológicamente predisuestas? Este tipo de preguntas merecen un escrutinio cuidadoso y preocupado de nuestra parte, los que nos desempeñamos en la disciplina, no en calidad de reflexiones posteriores, sino de preludio a la investigación (p. 107).

En el caso de nuestro estudio esto implica: dar voz a los participantes con la intención de entender el fenómeno desde su perspectiva y hacer visible el hecho de que los hombres son subdiagnosticados con depresión (Addis, 2008; Möller-Leimkühler, 2002) con la intención de dar consciencia acerca de este aspecto.

El objetivo de la postura crítica del construccionismo no es terminar tradiciones o prácticas, sino ayudarlas a evolucionar en formas que integren más las voces de la disciplina y de quienes la constituyen, así como contribuir a los recursos intelectuales del mundo. La pregunta no es si las hipótesis del conocimiento son verdaderas o falsas en un sentido último, sino si tiene alguna utilidad (Gergen, 2007). No hay una única verdad en el construccionismo social, pero tal como señala Ibáñez (1992): “no es *su valor de verdad* sino su *valor de uso*, y su adecuación a las finalidades que asignamos, *nosotros mismos*, al desarrollo de tal o cual tipo de conocimiento” (p. 255) [cursivas en el original]. No se habla de descubrir una verdad trascendente, sino más bien de los psicólogos como participantes culturales efectivos (Gergen, 2007).

En cuanto a la dimensión metodológica, la misma responde a las formas de producción del conocimiento. Respecto a esta dimensión, se utilizó una metodología cualitativa en la presente investigación, la cual es definida por Denzin y Lincoln (citado en Creswell, 2007) como:

La investigación cualitativa es una actividad situada que ubica al observador en el mundo. Consiste en un conjunto de prácticas interpretativas y materiales que hacen que el mundo sea visible. Estas prácticas transforman el mundo. Convierten el mundo en series de representaciones, que incluyen notas de campo, entrevistas, conversaciones, fotografías, grabaciones y memos. En este nivel, la investigación cualitativa implica un enfoque interpretativo y naturalista del

mundo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su entorno natural, tratando de dar sentido a, o interpretar, los fenómenos en términos de los significados que las personas les aportan (p.36).

A su vez, existe un marco para los procedimientos metodológicos cualitativos, un enfoque o diseño de la investigación, que son principalmente cinco: la teoría fundamentada, estudio de casos, etnografía, fenomenología y estudio narrativo (Creswell, 2007). En este estudio se trabajará con el enfoque fenomenológico, el cual es definido por Creswell (2007) como aquel que:

Describe el significado para varios individuos de sus experiencias vividas de un concepto o un fenómeno. Los fenomenólogos se centran en describir lo que todos los participantes tienen en común a medida que experimentan un fenómeno (por ejemplo, el dolor se experimenta universalmente). El propósito básico de la fenomenología es reducir las experiencias individuales con un fenómeno a una descripción de la esencia universal (p.57-58).

Esto último es precisamente el foco de esta investigación, el fenómeno de la experiencia subjetiva con depresión. Ahondar en los significados que le atribuyen estas personas a su experiencia, y son dichos significados los que se interpretarán. Esta es la principal característica que nos hizo decidir utilizar esta metodología y enfoque. Trabajaremos con el enfoque fenomenológico puesto que nos interesó conocer qué y cómo experimentaron los participantes respecto al fenómeno de construcción de la identidad luego de atravesar por una experiencia depresiva. Como señala Martínez (1996): “Las realidades cuya naturaleza y estructura peculiar sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interno del sujeto que las vive y experimenta, exigen ser estudiadas mediante el método fenomenológico” (p.167).

La metodología cualitativa concuerda con el paradigma construccionista, ya que surge de un entendimiento particular la realidad como una construcción resultante de las redes de interacción social que se dan entre grupos de autores que comparten códigos de lenguaje, y el conocimiento es simbolizado en función de acuerdos de un grupo o una cultura (Sánchez y Wiesenfeld citados en Sánchez, 2012).

Se han realizado muchos estudios sobre causas de la depresión y relaciones con otros aspectos (Beck, 1976; Vazquez, et al., 2010; Sanjuán y Magallares, 2006). La mayoría de estos estudios están basados exclusivamente en investigaciones cuantitativas

que a pesar de su utilidad, dejan de lado la experiencia subjetiva de la persona que vive este trastorno, mientras que una aproximación cualitativa permite ponerle caras a las estadísticas y que estas personas hablen por ellas mismas (Karp, 1994).

Como señala Creswell (2007), los investigadores cualitativos recopilan los datos en entornos naturales de las personas, reconociendo el peso que tiene el contexto en la producción del mismo (Sánchez, 2012). Esto implica que para llevar a cabo esta investigación los participantes deben provenir de ambientes asociados a la salud mental, como lo son los centros de salud mental y consultas psicológicas privadas.

Taylor y Bogdan (1987) señalan que la metodología cualitativa se caracteriza por ser inductiva, es decir, implica lo que afirma Ibáñez (1996), a saber, los hechos no anteceden a la investigación, sino que resultan de la misma. Esto quiere decir que la investigación partirá de los testimonios de los participantes, lo cual es congruente con querer comprender la experiencia subjetiva. Además los estudios cualitativos permiten la flexibilidad; se pueden hacer cambios a lo largo de la investigación (Taylor y Bogdan, 1987). Estas características nos permiten construir parte de la investigación a partir de lo que pueda surgir en los discursos de los participantes, lo cual nos puede dar paso a brindar interpretaciones más completas al considerar nuevas temáticas.

La investigación es vista desde una perspectiva holística (Taylor y Bogdan, 1987), es decir que en nuestro estudio los participantes fueron vistos como un todo y no reducidos a variables explicativas. Fueron interpretados tomando en cuenta tanto elementos de su pasado como de su situación actual. El hecho de que la metodología cualitativa se enfoque en entender la realidad de los participantes tal como ellos la experimentan es una característica importante en nuestra investigación, ya que permite una perspectiva holística y entender el fenómeno desde la experiencia de quien lo vive, característica propia del diseño de investigación. Ello ofrece una visión valiosa para entender a mayor profundidad el fenómeno de la identidad y la depresión.

Esta metodología también permite una sensibilidad hacia los efectos que los investigadores causan sobre las personas que son parte de su estudio y sobre la investigación como tal (Taylor y Bogdan, 1987). En el caso específico de esta investigación, la subjetividad y las experiencias de las investigadoras fueron tomadas en cuenta como fuente de información. A su vez, las características propias de las investigadoras que pudieron tener un efecto en los discursos de los participantes y sobre la investigación, fueron también tomadas en cuenta al momento de hacer la interpretación de los datos.

Además, la metodología cualitativa y el paradigma construccionista permiten abordar la investigación desde una postura crítica que posibilita tener una comprensión más enriquecedora del fenómeno de estudio. Este es un elemento importante a tener en cuenta, ya que, nos abre paso humanizar a los participantes y tomar en cuenta sus perspectivas y vivencias, lo que hemos observado que puede ser dejado de lado en la práctica clínica.

Objetivos

El objetivo general de la presente investigación fue comprender cómo las personas conciben su identidad a partir del hecho de haber sido diagnosticados con depresión, centrándonos en su vivencia subjetiva y los significados asociados a ella.

Para esto, nos planteamos los siguientes objetivos específicos, que nos ayudaron a aproximarnos al objetivo ya expuesto:

- Entender el impacto que tiene el diagnóstico de depresión sobre la identidad de los participantes.
- Indagar las causas que los participantes atribuyen al surgimiento de su depresión.
- Conocer las vivencias y significados que construyen los participantes en torno a su experiencia de la depresión.

Participantes

Se entrevistaron cuatro participantes, tres mujeres y un hombre. Se realizó una entrevista por cada participante, de una hora a dos horas aproximadamente. Tres de las mismas ocurrieron de manera conjunta.

Para la selección de los participantes de la investigación se realizó un muestreo propositivo, el cual consiste en elegir a los participantes de acuerdo a un criterio previo relevante al fenómeno de estudio (Mack, Woodsong, McQueen, Guest y Namey 2005). A continuación se exponen las características que consideramos pertinentes para la búsqueda y selección de los participantes.

Tomando en cuenta las posturas de identidad pertinentes a este trabajo de investigación, varios teóricos señalan que la identidad cobra mayor importancia en la

adultez debido a que el individuo ha alcanzado el crecimiento fisiológico y la maduración mental (Erickson, 1974; McAdams, 2001). Además, en esta etapa las personas son capaces de llegar a un nivel superior de pensamiento reflexivo y razonamiento abstracto, gracias al cual pueden llegar a conclusiones basadas en hechos, cuestionar de manera continua los supuestos, hacer inferencias y establecer conexiones (Papalia, Feldman y Martorell, 2012). Por eso se buscó trabajar únicamente con hombres y mujeres adultos, como forma de heterogeneizar la muestra respecto al género.

Se entrevistó a personas que fueron diagnosticadas de Trastorno de depresión mayor o Trastorno depresivo persistente (distimia) según los criterios del DSM-5 (2014), independientemente de su gravedad (leve, moderada, grave). La elección de trabajar exclusivamente con estos dos diagnósticos se debe a que en ellos no se describen factores físicos relacionados al cuerpo asociados a la causa de la depresión (como en el caso, por ejemplo, del trastorno disfórico premenstrual, trastornos depresivos inducidos por sustancias o medicamentos, o inducidos por otras afecciones médicas), no se plantea a priori comorbilidad en el diagnóstico, ni se trata a la depresión como un síntoma secundario a alguna otra condición.

Se seleccionaron participantes que no estuvieran atravesando actualmente por un período de crisis, es decir que estuvieran como mínimo en remisión parcial de los síntomas, definida por el DSM-5 (2014) como:

Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor (p. 126).

A su vez, los participantes pudieron estar en remisión total, es decir: “durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno” (DSM-5, 2014, p. 126).

Se seleccionaron participantes que tuvieran mayor tiempo con los síntomas, puesto que asumimos que habrán tenido más experiencia con la depresión. Esto se asocia con la posibilidad de que posean una mayor comprensión de su condición y que fueran capaces de elaborar un discurso fluido, que permitiera visualizar con facilidad el impacto de su experiencia con depresión sobre la construcción de su identidad.

Por último, todos los participantes se encontraban en un proceso de psicoterapia. Se planteó como criterio puesto que si la entrevista resultaba ser muy movilizadora tendrían un espacio para trabajar ese contenido.

No consideramos a priori el contexto de tratamiento del participante (es decir si su experiencia se dio en una institución hospitalaria o consulta privada) como un criterio del muestreo, así que los participantes podían pertenecer a distintos contextos de tratamiento. Como señala Íñiguez (2001), la identidad no puede trascender de modo alguno del contexto cultural, histórico y social, siendo delimitada por el contexto de producción. Por ello, se dejó abierta la posibilidad de que este tema pudiera salir en las entrevistas

Nos comunicamos con el coordinador de la Unidad de Psicología Padre Luis Azagra, quien reunió a los psicólogos clínicos de la institución para informar acerca de nuestra investigación e invitar a establecer una vía de contacto entre nosotras y sus pacientes, que cumplieran con los criterios establecidos. En todos los casos, ha sido mediante el juicio del psicólogo tratante que se ha determinado que el paciente estaba en capacidad de llevar a cabo una entrevista a profundidad acerca de su experiencia.

Respecto al contacto con los participantes, los psicólogos contactados presentaron nuestro estudio a sus pacientes, para que decidieran si estaban interesados en participar. Los psicólogos nos han proporcionado el número de contacto de las personas que han accedido y mediante una llamada telefónica, las investigadoras les hemos explicado los objetivos de la investigación, cómo será la práctica de recolección de datos (número y duración de las entrevistas, lugar donde se realizarán) y las consideraciones éticas que se exponen más adelante. Posterior a ello se ha procedido a pautar, según la disponibilidad de los participantes, las investigadoras y el espacio, la fecha y hora del encuentro en el que se realizaría la entrevista.

Rol de las investigadoras

Una de las características de la metodología cualitativa es la reflexividad, donde los investigadores buscan formas de demostrar su situación histórica, situación geográfica, sesgos personales, sus sorpresas y derrotas en el proceso de labor investigativa, y todo aquello que el investigador considera que puede afectar a la investigación (Gergen, 2007).

Tratándose la presente investigación de un diseño de metodología cualitativa y siguiendo lo expuesto por González-Rey (2006), la metodología cualitativa permite entender el conocimiento como una producción y no como una aprehensión lineal de una verdad que se devela. Por ello, al aproximarnos al fenómeno de estudio través de la

investigación cualitativa, se forma un nuevo campo de la realidad que incluye todos los elementos que pueden aportar a la comprensión del mismo.

Como se mencionó en el planteamiento del problema, consideramos que hay características personales de peso que determinaron la elección de este proyecto. Asimismo, el hecho de ser mujeres jóvenes (22 años) representó un desafío, tanto para aproximarnos a los participantes, como para hacer una comprensión de la información. No obstante, la experiencia de una de nosotras con depresión fue útil como marco referencial para entender aspectos teóricos y prácticos, y fue un dato que se proporcionó a los participantes con el objetivo de establecer confianza.

Contextos de recolección de la información

Parker (2005) propone la importancia de tener en cuenta el contexto, que es un marco de referencia a partir del cual puede interpretarse la entrevista y la relación de las personas involucradas en ella.

Hemos entrevistado a los participantes en espacios familiares para ellos y que resulten prácticos. Las entrevistas se realizaron en lugares que ellos mismos han propuesto como lugar de encuentro con las investigadoras. Estos espacios prestaban una disposición física favorable (buena iluminación, mobiliario suficiente, privacidad y confidencialidad) para llevar a cabo las entrevistas y que han sido accesibles tanto para los participantes como para las investigadoras.

Prácticas de recolección de la información

Esta investigación pretendió dar voz a aquellas personas que han sufrido de depresión y proveerles un espacio donde puedan hablar libremente de su experiencia, para que ellos, al igual que nosotras como investigadoras, poder comprender lo vivido por estas personas. Es por esto que, consideramos que la técnica más apropiada para tener este acercamiento a los participantes se trataba de la entrevista individual a profundidad.

Según Sandoval (2002), el empleo de esta práctica implica la realización de varias sesiones con la misma persona. Se comienza con una primera entrevista de carácter abierto, que parte de una pregunta generadora y amplia, que busque no sesgar el primer relato, y que servirá como base de profundización ulterior. Se considera que la persona

entrevistada que presenta su relato es portadora de ciertos significados que no deben alterarse con una directividad alta, sobre todo al inicio del proceso.

La comprensión de la investigación es un proceso de comunicación centrada en gran parte en los problemas sociales y humanos que puedan expresarse de forma directa o indirecta en la misma. La comunicación resulta una vía privilegiada para el conocimiento de las configuraciones y procesos de carácter subjetivo (González-Rey, 2006).

Así, la comunicación fue la vía a través de la cual las investigadoras y los participantes de la investigación se convirtieron en sujetos de este proceso, implicándose en el problema investigado a partir de sus intereses, deseos y contradicciones. La comunicación resulta esencial para que emerja un sujeto crítico en el espacio de investigación (González-Rey, 2006). Como dice Hernández, Fernández y Baptista (2006): “En la indagación cualitativa los investigadores deben construir formas inclusivas para descubrir las visiones múltiples de los participantes y adoptar papeles más personales e interactivos con ellos” (pp. 585).

Es por todo esto que como investigadoras no pretendimos tomar un papel pasivo frente a los discursos de los participantes, al contrario, se creó un ambiente de escucha activa y una relación con ellos para que la temática de las entrevistas fueran co-construidas por las personas implicadas en ellas.

Se preparó un guión para la entrevista basado en investigaciones similares (Karp, 1994; Lafrance y Stoppard, 2006; Lewis, 1995), que fue aprobado por especialistas en el área de la psicología clínica y la metodología cualitativa.

La entrevista fue de carácter semiestructurado, se dio al entrevistado la oportunidad de participar como un co-investigador, es decir que ha tenido la apertura para construir el trasfondo de la entrevista, además de añadir las temáticas que deseara, dado que a pesar de que hubo un guión que marcaba ciertas pautas durante la entrevista, el participante tuvo la libertad de abordar los temas que quería. Se intentó abarcar la totalidad de las temáticas pertinentes al problema de investigación.

Se realizó una sesión de entrevista de aproximadamente una a dos horas de duración con cada participante.

Como afirman Mack, Woodson, McQueen, Guest y Namey (2005), la ventaja de esta práctica es que provee a los participantes la oportunidad de expresarse de una manera que no les es posible en su vida diaria, y es usada para producir una imagen vívida sobre la perspectiva del participante acerca del tema de investigación, así como su manera de

interpretar y dar sentido al mundo. Las entrevistas permiten a su vez ahondar en los significados subjetivos que le dan las personas a sus experiencias, así como explorar temas que resultan demasiado complejos desde otras metodologías (Banister y Cols, 2004).

A través de entrevistas individuales a profundidad pudimos dar voz a los participantes y ofrecer un espacio donde podían narrar la experiencia de su condición, que como se ha evidenciado en las terapias narrativas, puede permitir la reconstrucción de significados y aportar una nueva comprensión de su experiencia (Gergen, 2007).

Métodos de análisis e interpretación de la información

Para el análisis y la interpretación de la presente investigación se llevó a cabo un análisis temático, debido a que, siguiendo lo expuesto por Braun y Clarke (2006) es un enfoque accesible y teóricamente flexible que permite analizar los datos cualitativos, siendo pertinente para este estudio ya que es compatible con el paradigma construccionista. Es un método para identificar patrones de análisis y temas dentro de los datos narrativos. Busca describir y organizar un conjunto de datos de forma detallada, al mismo tiempo que puede ir más allá de éstos.

El análisis temático consiste en una serie de pasos que se enlistan a continuación (Braun y Clarke, 2006):

1. Familiarización con los datos. Consiste en la transcripción y la lectura a profundidad de las entrevistas hechas.
2. Generar códigos iniciales. En este paso se extraen los aspectos más relevantes de las entrevistas y se le asignan códigos amplios que engloben los temas que se tratan en los extractos tomados de las entrevistas.
3. Búsqueda de los temas. Se verifica la relevancia de los códigos creados y si son válidos dentro de los posibles temas, recopilando todos los datos posibles dentro de cada uno.
4. Revisar los temas. Revisar si los temas propuestos son válidos en relación a los códigos creados anteriormente y en relación a todo el grupo de datos, generando un “mapa” de temas para el posterior análisis.
5. Definir y nombrar los temas. En este paso se afinan y revisan los temas para generar definiciones y nombres claros para ellos.

6. Reporte. Se seleccionan extractos centrales de los discursos para hacer el análisis final. Se relata el proceso de cada uno de los pasos anteriores y se contrastan los extractos de las entrevistas con las teorías relevantes para el tema de investigación, produciendo un reporte de cómo se hizo el análisis.

Se utilizará el software “Microsoft Word 2010” para transcribir las entrevistas realizadas y para la codificación del material.

Consideraciones éticas

Siguiendo los lineamientos del Código de Ética de Psicología en Venezuela (1981), se ha respetado el anonimato de los involucrados, así como su participación voluntaria en la investigación, tomando en cuenta que pueden retirarse de la misma si lo desean. A su vez, se ha respetado la decisión de no ahondar en contenidos que no deseaban abordar. También se ha explicado a los participantes el motivo por el cual se les hacen las entrevistas y que éstas se hacen en un contexto de investigación, por lo que se les ha explicado los objetivos del estudio.

A su vez, una consideración ética que se tomó en cuenta, es que todos los involucrados (tanto participantes como investigadoras) debían estar en un proceso de psicoterapia. Esto responde a que esta investigación en particular podía resultar movilizadora por los temas que abordaba. El estar sometidos a un tratamiento psicoterapéutico protegía a los participantes, ya que tendrían un espacio seguro en el cual podrían elaborar temas que pudieron surgir en las entrevistas.

Al ser esta una investigación cualitativa en la cual las investigadoras son el instrumento de interpretación de la información, el hecho que hayamos estado en un proceso de psicoterapia permitió una constante revisión propia, y eso ayudó a discriminar los contenidos que eran propios y los contenidos que introdujeron los participantes.

También se han tomado en cuenta los postulados de Parker (2005) acerca de las consideraciones éticas que deben seguirse en todo trabajo cualitativo, entre las cuales se encuentran:

- Se evitó emitir juicios de valor acerca de la bondad o maldad psicológica de los participantes, tomando en cuenta que éstas no son características intrínsecas a los seres humanos.

- Se tomaron en cuenta las diferencias individuales de todos aquellos involucrados en la investigación y se respetaron.
- Se tomó en consideración que podían existir puntos de imposibilidad al recolectar la información, en los cuales ésta podía ser contradictoria o incompleta, asumiendo que esto podía ser útil para entender con mayor profundidad las experiencias de los participantes.
- Se mantuvo una escucha activa, a pesar de que las diferentes comunidades no son homogéneas, y que los discursos de los participantes debían ser escuchados con el fin de entender el sentido que tenían como parte de una comunidad específica.
- Se brindó un espacio de escucha activa, que pudo ayudar a los participantes a darle sentido a su condición, que como se ha evidenciado en las terapias narrativas, podía permitir la reconstrucción de significados y aportar una nueva comprensión de su vivencia (Gergen, 2007).

Tomando en cuenta que esta investigación se enmarcó dentro de una metodología cualitativa y que nuestro interés se centró específicamente en la subjetividad de un conjunto de experiencias, las investigadoras tomamos algunas consideraciones que se derivan de nuestra metodología.

En la investigación cualitativa las consideraciones éticas pueden verse complicadas, ya que los aspectos que se toman en cuenta en las investigaciones cuantitativas no contemplan elementos importantes que deben estar presentes. Como afirma Christians (1994), los modelos de investigación acontextuales y asituacionales que asumen que el investigador que se centra en una posición moralmente neutra entenderá con mayor precisión los datos, ignoran la contextualización de las relaciones de poder que existen en la vinculación de los investigadores y los participantes. El enfoque particular de esta investigación nos llevó a buscar entender la complejidad de la situación de una persona, por lo que no pretendimos como investigadoras tomar una posición neutra frente al entrevistado, sino más bien entender la relación que se da entre las personas implicadas en la investigación y tomarla en cuenta como parte de la información a ser analizada. Pretendimos entender los datos desde nuestra posición tanto de investigadoras, como de nuestra posición personal frente al fenómeno.

Siendo una investigación cualitativa y nuestro interés por la subjetividad, hemos buscado tomar en cuenta la experiencia completa de los participantes, por lo que hemos indagado en aspectos biográficos y personales, que son importantes ya que para poder comprender su vivencia con el fenómeno específico de la depresión, era necesario tener

en cuenta el contexto en que ésta se vive. Esto, a su vez ayudó a cumplir uno de los aspectos éticos que se tomaron en cuenta en esta investigación, que fue dar un espacio a los participantes para que trabajaran sobre su experiencia, donde pudieran ser escuchados, en miras de que esta experiencia resulte sanadora para ellos. Como afirman White y Epston (1990), “Las personas dan significado a sus vidas y relaciones contando su experiencia” (citado en Gergen, 1994). Fue necesario, entonces, ahondar en temas personales para que los entrevistados tuvieran la oportunidad de darle un significado a sus experiencias.

Sin embargo, las investigadoras estamos conscientes de que publicar datos personales sobre los participantes puede violar el principio de confidencialidad, así que para resguardar su privacidad, se utilizaron seudónimos para referirnos a ellos y exponer las entrevistas.

Análisis de los resultados

Categorización y organización de la información

Partiendo del método de análisis de la información anteriormente expuesto, el análisis temático propuesto por Braun y Clarke (2006), una vez que las cuatro entrevistas fueron realizadas y grabadas, cada investigadora procedió a transcribir dos de ellas. Se colocaron todas la entrevistas en una plataforma compartida que permitía a ambas investigadoras editar los documentos de manera conjunta. Posteriormente, se iniciaron propiamente las fases que proponen Braun y Clarke (2006) para el análisis:

1. La familiarización con los datos: se releieron las entrevistas varias veces, apuntando las ideas principales.
2. Generación de códigos iniciales: se codificaron las entrevistas por separado, generando categorías que englobaban las ideas que exponían los participantes. Cada categoría era representada con un color y se resaltaba en la medida que aparecía en los textos transcritos.
3. Búsqueda de temas: por separado las investigadoras revisaron los códigos generados en cada una de las entrevistas y se pasó a visualizar y realizar mapas conceptuales de temas y subtemas que englobaran y organizaran la información de todos los participantes.
4. Revisión de temas: en conjunto las investigadoras discutieron y reorganizaron los mapas conceptuales realizados con el fin de construir un esquema del análisis y la interpretación de la información, en el que se colocaron la mayor cantidad de verbatums de los participantes que ilustraran cada tema o subtema. En la realización de dicho esquema se encontraron temas y subtemas que no habían sido contemplados por las investigadoras inicialmente que fueron: el proceso de recuperación, la vivencia de la pérdida y la visión de irrecuperabilidad.

Aclaraciones previas

Para Karp (2006), las personas buscan dar orden y sentido a sus enfermedades, por lo que la siguiente forma de organizar la comprensión responde al orden narrativo con el que los propios participantes van configurando la experiencia subjetiva de la depresión.

La forma en como está escrito el siguiente análisis pretende hacer una reconstrucción de la experiencia relatada por los participantes.

A su vez, queremos resaltar que el tema del proceso de recuperación no fue planteado inicialmente por las investigadoras. Sin embargo, luego de entrevistar a los participantes pudimos ver que fue un tema mencionado por ellos, y al que le dieron una gran importancia. Después de llevar a cabo las entrevistas y codificar la información se incluyó el proceso de recuperación como un tema esencial para poder reconstruir la experiencia.

Cabe acotar que, aunque se pretende hacer una reconstrucción de la experiencia subjetiva de los participantes para aproximarnos a su comprensión, los temas que exponemos a continuación no implican que la experiencia se dé de forma fragmentada o que tengan un orden rígido. Por el contrario, se yuxtaponen y se dan fenomenológicamente en simultáneo, lo que termina constituyendo la globalidad de la experiencia subjetiva.

Para dar respuesta al objetivo de esta investigación, se realiza una comprensión basada en la intertextualidad, la cual se refiere a relaciones entre textos o ideas que, sin importar su temporalidad permitan entender de forma global un fenómeno cultural (Orr citado en Orr, 2003). Ello comprende tanto una revisión de autores teóricos, como también testimonios de los participantes, e ideas de las propias investigadoras. Esto es relevante, ya que al momento de analizar la información se tomarán en cuenta ideas y puntos de vista de múltiples autores en aras a aproximarnos a la comprensión de este fenómeno.

En primera instancia, presentaremos una historia breve de los participantes. Luego se procederá con el desarrollo de los temas, que representan las principales áreas de interés que se tuvo en la investigación. Es por ello, que el análisis se estructura en cuatro grandes temas, que dan respuesta a la manera en que se vive la depresión, y las implicaciones que tiene esta en la identidad de los participantes.

En primer lugar, se analizará la vivencia del sí mismo, que comprende dos visiones principales acerca de su identidad, que son la propensión a la melancolía, y la noción de irrecuperabilidad. Seguidamente, se expondrá la subjetividad de la vivencia asociada a la depresión, iniciando por lo que los participantes consideran el detonante, o punto de quiebre de los síntomas, así como la relación que tiene dicha vivencia con la experiencia del sí mismo. Luego se expondrán las vivencias asociadas al género que tuvieron los participantes, comprendiendo cómo es vista la depresión en los discursos de

género tradicionales, así como el papel de la emocionalidad y lo femenino en la experiencia con depresión. Por último, se tocará el tema de la recuperación, que se constituye en la necesidad de comprensión y conexión con los demás que se ve agudizada al vivir esta experiencia, así como una parte que resultó importante para los participantes de sus vivencias, que son los cambios que se generaron en ellos luego de experimentar la depresión.

Breve historia de los participantes

Valeria

Es una mujer de 31 años, de baja estatura y cabello corto y rizado. Su familia se conforma por sus padres y su hermano, con quienes vive actualmente y son muy unidos. Durante la entrevista comentó lo difícil que fue su infancia y adolescencia debido a que sufrió de bullying en el colegio. Un hecho significativo para ella es el experimentar síntomas de ansiedad, lo que tal como narra, la acompaña de toda su vida. Esto va a ser importante en la manera en que se ve a sí misma de adulta, no pudiendo desligarse de esa ansiedad que ha estado con ella desde siempre, y es la razón por la que decide iniciar un proceso de psicoterapia al ingresar a la universidad, que suspendería luego de un tiempo.

Allí inicia una relación de pareja que duraría alrededor de un año. Esta relación estaría marcada por su historia de bullying, ya que narra que esta pareja resultó ser una persona abusiva, que la hizo sentir desvalorizada durante el tiempo que duró la relación. Cuando esta relación culmina, Valeria comienza a experimentar una ansiedad aun más marcada y una profunda tristeza que la llevó a desconectarse de los demás y a sentirse muy sola, mientras que experimentaba síntomas que sentía que no podía controlar. Es por esta razón que, llevada por la sospecha de estar experimentando un episodio depresivo, decide reanudar la psicoterapia.

Luego de estar un tiempo en este nuevo proceso terapéutico, se hace evidente que Valeria requiere de tratamiento farmacológico, debido a que la severidad de sus síntomas depresivos obstaculizan el proceso terapéutico. Es referida a una psiquiatra y medicada con Citalopram (antidepresivo) y Zolpidem (para tratar el insomnio). Esto causaría un gran impacto en ella, debido a que siente que por ser psicóloga está mal visto que se encuentre medicada por un psiquiatra, tal como ella misma dice, “los psicólogos no se deprimen”. Esto la hace alejarse aún más de sus amigos y familiares, por no querer decirles que se encontraba atravesando un episodio depresivo.

Luego de seis meses de medicación, el tratamiento farmacológico llega a su fin y es suspendido, quedando únicamente con la psicoterapia. Para ella, haber pasado por esa depresión fue un proceso de aprendizaje, ya que actualmente se encuentra más conectada con sus sentimientos, por lo que siente más apertura para expresarlos, lo que le permite tener relaciones interpersonales más satisfactorias. Actualmente trabaja como psicóloga en el área de investigación de mercado.

Carolina

Es una mujer de 25 años, de estatura promedio y cabello largo lacio y marrón. Se mostró dispuesta a participar, y muy interesada en la investigación, sin embargo, durante la entrevista se pudo observar que en ocasiones mantenía una actitud suspicaz, en especial al preguntar acerca de su historia con la medicación.

Es la menor de tres hermanos, y su padre es psiquiatra. Su vida se ve marcada por la muerte de su madre por un accidente en casa, que ella presencié. Luego de este hecho, Carolina desarrolla tricotilomanía, por lo que se arranca el cabello, lo que ella misma asocia al duelo por la muerte de su madre.

A los cuatro años, inicia psicoterapia con una psicoanalista, quien es amiga de su padre y permanece con ella hasta que tiene 21 años. Afirma que después de un tiempo esta terapeuta empieza a tratarla como si fuera su madre sustituta, a lo que le atribuye que el duelo por su madre permanezca *no resuelto*. Su infancia y adolescencia se vieron muy marcadas por la soledad, ya que luego de la muerte de su madre, su padre se ausenta mucho del hogar.

Luego de una experiencia con una pareja, en la que se sintió rechazada, sospecha que padece de un Trastorno depresivo, por lo que suspende la psicoterapia con su psicoanalista ya que siente que ésta ya no la ayuda, y comienza a asistir a consulta con una psiquiatra, también amiga de su padre. Sin embargo, ella se siente muy frágil al experimentar los síntomas de la depresión, por lo que siente que necesita algo que la ayude a compensar sus emociones, que siente que no son congruentes con su situación de vida.

Por ello, presiona a su psiquiatra para que la mediquen, a pesar de que a ésta no le parece lo correcto. Finalmente, por la insistencia de Carolina, es medicada durante un año con antipsicóticos (para tratar la Tricotilomanía, que hasta la fecha no ha desaparecido) y con Sertralina, que continúa tomando actualmente.

Lila

Es una mujer de 29 años, de estatura promedio y contextura delgada. Tiene el cabello liso de color castaño. A pesar de ser muy unida con su familia, Lila siempre se ha visto a sí misma como “la última en el escalafón”, en un hogar donde sentía que su hermana mayor era más exitosa que ella, y donde su madre la criticaba muchas veces por su apariencia o sus intereses, que no se apegaban a los de los demás. Con su padre mantenía la relación más estrecha dentro de su familia. Al crecer se sentía como una persona extraña y diferente de los demás, tenía pocos amigos en el colegio y llegó a sufrir de bullying en varias ocasiones. A su vez, sus padres solían tener pleitos en casa, por lo que ella optaba por distanciarse, al no tener a nadie con quien compartir sus problemas.

En la adolescencia comienza una relación con un compañero, que duraría doce años, hasta casarse en su adultez. Sin embargo, esta relación se vio muy marcada por la crítica por parte de su pareja, quien decía que quería “cambiarla para volverla una muchacha más decente”. A los dos años de casados, el padre de Lila muere, lo que, aunado a la mala relación con su esposo, ella ve como la causa de su depresión. Luego de la muerte de su padre, comienza a sentirse muy sola y extremadamente triste, no pudiendo concentrarse o pasando horas sentada sin hacer nada. Luego de una discusión con su esposo, en la que él la insulta, tiene un intento de suicidio y se dirige hacia el metro para hacerlo, cuando un empleado la frena y llama a sus familiares.

Luego de este hecho que casi acaba con su vida, comienza a asistir a consulta psiquiátrica donde es medicada, y donde además se da cuenta que a pesar de estar viviendo un episodio depresivo mayor en ese momento, su depresión data desde su adolescencia, siendo que la diagnostican de Distimia, lo que según las sospechas de su psiquiatra comenzó a sus quince años.

La relación con su esposo se deteriora cada vez más, ya que él no comprende el diagnóstico y la situación de Lila, y se avergüenza de ello. Debido a esto, Lila comienza una relación con otro hombre, que produce la separación con su esposo. Actualmente ella sigue con esa nueva pareja, con quien está feliz, ya que siente que puede compartir su experiencia y tener apoyo y comprensión.

Juan

Juan es un hombre de 40 años, alto, de contextura delgada y cabello corto y oscuro. Se mostró muy interesado en participar en la investigación, pero preocupado acerca de la

confidencialidad de ésta, en especial cuando habla de las experiencias que denomina “sobrenaturales” que vivió al estar deprimido.

Crece en una familia conflictiva conformada por sus padres y cuatro hermanos. Comenta haber tenido un padre mujeriego y una madre muy estricta, que son los causantes de lo que él siente es su mayor “conflicto de vida”. Se describe a sí mismo como una persona muy retraída y con muchas dificultades para socializar, lo que marcaría en especial su adolescencia, en la que sintió que su desarrollo (en especial en el ámbito sexual y social) fue retrasado. Esto es un hecho importante para él, y que lo lleva a verse a sí mismo actualmente como una persona solitaria.

En su adultez, emigra de Venezuela y se instala por corto tiempo en España y luego en Francia. Su experiencia en Europa estuvo marcada por el inicio de su depresión, que él atribuye en gran medida al haber tenido que trabajar en puestos en los que no se sentía satisfecho, y lo hacían sentir que había fracasado. A su vez, comienza a tener vivencias que denomina “sobrenaturales”, como escuchar voces y ver cosas extrañas, como sombras, además de sentirse sumido en un estado que describe como “indigencia mental”. Debido a estas experiencias decide visitar a un psiquiatra, que lo medica con antipsicóticos y antidepresivos, llegando Juan a consumir ocho dosis diarias.

Esto produce en él un gran malestar, ya que siente que su doctor y la medicación no lo ayudan con el sufrimiento que está experimentando, y se siente solo e incomprendido. Debido a esa mala relación con su psiquiatra, decide suspender el tratamiento, y volver a Venezuela, para cuidar a su madre enferma. En Venezuela, su condición empeora, sintiéndose cada vez más desesperado por estos síntomas que tanto lo perturban, llegando a intentar acabar con su vida en una ocasión, y a ser hospitalizado en una institución psiquiátrica.

Luego de esto, busca ayuda en diferentes ámbitos sin encontrar una solución a su experiencia, hasta que le recomiendan una psicoterapeuta, con la que generó una relación cercana y de confianza, que él siente es la principal razón de su mejoría. Actualmente, ya no experimenta estos síntomas y siente que con la ayuda de su terapeuta, y de su estrecho vínculo con ella, poco a poco podrá ir dejando la medicación con antidepresivos, que aún toma.

Análisis temático

Vivencia del sí mismo

Propensión a la melancolía

Ya yo lo traía, y lo tenía asumido, 'yo soy una persona con una tendencia natural a la tristeza y a la melancolía'
(Juan, 2247).

Un punto de partida en esta investigación, es que el fenómeno de la identidad es un proceso que se construye de forma relacional, a través de interacciones sociales y el uso del lenguaje, enmarcados en un contexto cultural e histórico, y que representa un constante devenir (Gergen, 2007; Goffman, 2006; McAdams, 2001; Mead, 1973; Tajfel, 1981).

Tal como se expuso al enunciar el problema de investigación, gran parte del malestar que sufren las personas que atraviesan por una depresión proviene de un quiebre en su identidad. Esto es algo que está presente entre líneas a lo largo de las entrevistas y permea la experiencia con depresión de todos los participantes, por lo tanto funge como un gran tema dentro la comprensión de este fenómeno.

Identificamos que hubo una concordancia entre ellos a definirse a sí mismos con características asociadas típicamente a la depresión (introversión, ser “naturalmente triste” o “melancólico”, soledad, entre otras), en el marco de relaciones interpersonales que fomentaron la reafirmación de estas características, y dio paso a la valoración de sí mismos como personas depresivas. Encontramos cuando la experiencia del sí mismo está asociada a una experiencia de depresión, éste se vive de forma diferente, y se asocia a unas características particulares, que desarrollaremos a lo largo de los próximos subtemas.

Nuestro encuentro con los participantes significó ahondar en aspectos profundos de sí mismos. En su narración estuvo presente la necesidad por parte de ellos de dar a conocer aspectos de la forma en como siempre se han definido, sin los cuales no podrían explicar lo que vivieron. Fue llamativo que algunas características que usan para describirse son típicamente asociadas a lo que ellos definen como depresivo, y fue algo que surgió espontáneamente en la entrevista:

Carolina: Creo que soy depresiva, o sea mi idea de que soy depresiva es que soy propensa a la depresión (1032).

Valeria: Yo soy así, un trauma emocional (455)... Yo soy muy melancólica, o sea yo suelo ser melancólica (544).

Juan: Bueno, como te estaba diciendo, finalmente soy naturalmente triste (risas) algo así. O sea eso ha sido así, o sea eso es una condición de siempre, yo no logro recordar dónde fue el crack, hay algo que siempre ha estado ahí, como algo que no calza, y para mí eso es importante... (2072).

Lila: Yo siempre fui muy retraída, o sea yo siempre fui de encerrarme en el cuarto y escuchar todo y sentirme miserable y no contárselo a nadie (1671).

A pesar que, el tema de la depresión había sido presentado al contactar a los participantes como uno de los objetivos a indagar en la investigación, en ningún momento se proporcionó alguna definición o información de lo que las investigadoras entendían por “depresión”. Que los participantes hayan relacionado algunos de sus rasgos estables de identidad con la depresión, da paso a analizar dos aspectos importantes. El primero, cómo el término de depresión se ha asociado en la cotidianidad social con significados de tristeza, introversión, soledad o melancolía. El segundo, este hecho refleja cómo el tema de la depresión parece central en su identidad, a través de sus características de personalidad, incluso antes de ser diagnosticados.

Respecto al primer aspecto, tal como asumimos en el paradigma de esta investigación, la participación de los seres humanos *en* la cultura y la realización de sus potencialidades mentales *a través* de la cultura hacen que sea imposible construir una psicología humana basándonos solo en el individuo. Los seres humanos son expresión de su cultura. Los valores que subyacen a una forma de vida determinada, se incorporan a nuestra propia identidad y, al mismo tiempo, nos sitúan en la cultura (Bruner, 2001).

Siguiendo las ideas de Bruner (2001), los significados se hacen públicos y compartidos, y nuestra forma de vida depende de formas de discurso a partir de estos significados. Es un proceso dialéctico, donde en la cultura se negocian las diferencias de significado e interpretación. Como afirma Bruner (2001): “Los significados no sirven de nada a menos que se consiga compartirlos con los demás” (p.29).

La psicología popular es la explicación que da la cultura de qué es lo que hace que los seres humanos funcionen, y ello se debe a que se ocupa de la naturaleza, las causas y consecuencias de aquellos estados intencionales, que la psicología moderna desprecia en

aras de explicar la conducta humana fuera del punto de vista de la subjetividad. De modo que la psicología popular se basa en la vida cotidiana. Bruner (2001) defiende que las verdaderas causas de la acción humana son la cultura y la búsqueda del significado dentro de la misma, y que la biología es la que impone limitaciones.

La noción de *psicología popular* nos permite entender cómo en nuestra vida cotidiana es frecuente hablar de la depresión y la tristeza como términos intercambiables en cuanto a su significado. Como afirma Bruner (2001): “Nos experimentamos a nosotros mismos y a los demás mediante categorías de la vida popular” (p.30). Es decir, existe una construcción social acerca del significado de la depresión, la cual está ligada a ciertas características que los participantes utilizaron para definirse a sí mismos.

El estado afectivo de la tristeza se relaciona socialmente al malestar que se vive en la depresión, tal como afirma Bleichmar (1980):

La denominación de depresión se designa habitualmente tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etcétera, como al estado afectivo de la tristeza. En este último sentido se suele decir que alguien está deprimido cuando se encuentra triste, aun cuando falten todos los otros elementos mencionados. Esta equiparación entre el síndrome y uno de los síntomas del mismo no es una mera confusión terminológica, sino que refleja una concepción causal, en que la tristeza es considerada como el elemento que pone en marcha a los demás, que serían su consecuencia. (p. 11).

En síntesis, pareciera que existen dos vertientes en la definición de sí mismos, el identificarse con elementos culturales que se asocian coloquialmente a la depresión y elementos que responden a sus características estables. En concordancia con Bleichmar (1980), según lo reportado por estos participantes, podemos ver que en la vivencia subjetiva de la depresión, la emoción predominante va mucho más allá de la tristeza y se caracteriza por diferentes manifestaciones y matices del malestar emocional. Este conjunto de aspectos representan características que forman parte de su identidad, que desarrollaremos a continuación, como segundo punto a analizar en este subtema.

En cuanto al malestar emocional, cabe acotar que, a pesar que la tristeza es el elemento más mencionado en la bibliografía sobre depresión, los participantes no sólo se referían a ésta, sino a una sensación de malestar emocional más global, que podía

involucrar otras emociones, como la ansiedad, nostalgia, irritabilidad, entre otros. Al respecto, vemos en los testimonios de Juan, Carolina y Valeria lo siguiente:

Juan: Sobre todo con mucha tristeza, con mucha nostalgia, esa es la cuestión. Nostalgia y sin saber ciertamente a qué. Una sensación de nostalgia, y tú dices “¿de dónde viene?, ¿por qué?, ¿hacia dónde?, O sea, ¿nostalgia de dónde? (2490).

Carolina: La tricotilomanía me da como una pista de que hay algo que es emocional en mí que está no resuelto y eso me hace pensar también que soy propensa a la depresión. No sé si está bien, eso es lo que me hace pensar, o sea es como... siento que hay algo no ajustado en mis reacciones de... ¿psico... patía? no sé... (831).

Valeria: Yo sufro de ataques de ansiedad de por sí ¿no? Ya eso es algo que me acompaña toda mi vida y ya lo utilizo más como sensor para saber qué es lo que está pasando como en mí ahora (15)... Bueno, yo no sé si es algo que vivimos todos los que tenemos depresión, pero nunca lo he preguntado, pero para mí, o sea cada vez que tengo como un proceso de tristeza, yo soy muy melancólica, o sea yo suelo ser melancólica (542)... yo soy así, un trauma emocional (455).

En el caso de Juan, notamos que este malestar emocional estaba más que todo teñido por una tristeza y una nostalgia cuyo origen es desconocido para él mismo y son sentimientos que lo acompañan a lo largo de la vida, y son nucleares en su descripción de sí mismo. Tal como nos comentó en la entrevista:

Juan: Sí, o sea ahorita estoy hablando con ustedes y puedo un poco como que esconder eso, pero de pronto ahorita voy caminando en la calle... y puede venir esa nostalgia (2496). (...) Uno se vuelve adicto a ser depresivo. La persona depresiva es adicta a ser depresiva. La persona triste se vuelve adicta a ser triste (2588). (...) Bueno no sé, será un tema de costumbre, haber pasado muchos años en ese estado, de no haber conocido otro estado parecido, de tener muy pocos momentos donde mi estado era totalmente lo contrario a la depresión, la tristeza y la angustia (2591).

Pareciera ser que para él la tristeza es un factor importante para describirse a sí mismo y que además es algo de lo que no puede desligarse, incluso estando actualmente en un tratamiento que considera exitoso. Vive su tristeza como un sentimiento sin el cual no puede concebirse a sí mismo, ya que forma parte de su manera de ser, de su identidad.

Mientras que, en el caso de Carolina, el padecer de tricotilomanía (asociada con ansiedad) desde temprana edad ha permeado que la experiencia de sí misma esté constituida por lo que ella denomina un desajuste emocional. Esto hace que se identifique con características que asoma como patológicas, a pesar de no tener un nombre exacto para describir esto, y se evidencia en su uso de la palabra “psicopatía”. En su caso es importante tomar en cuenta que el tener 21 años de psicoterapia, aunado a la muerte temprana de su madre, provocan en ella una identificación de su personalidad que engloba elementos patológicos, y que representan aspectos importantes para ella en la explicación de la aparición de su depresión.

En el caso de Valeria, el malestar emocional parece estar asociado a una vivencia de la tristeza que para ella es mucho más profunda de lo que para lo demás es común experimentar, que incluso forma parte de cómo se concibe a sí misma. Esto se deduce a partir de que hace una distinción entre tristeza y melancolía, lo cual nos hace pensar que con el uso de la palabra *melancolía* busca añadir mayor intensidad a lo que es la vivencia de la tristeza. Asimismo, el autodenominarse como melancólica nos permite observar que este sentimiento constituye una parte importante de quién es, lo cual también es un indicio de que la vivencia de tristeza para ella resulta en una emoción más profunda en comparación con otras personas.

A su vez, el malestar también está caracterizado por sensaciones de ansiedad (igual que en el caso de Carolina), que no logra precisar desde cuándo están, pero que concibe como algo propio. Incluso, la misma llega a significar para ella una alarma de lo que está sucediendo en su mundo emocional.

En el caso de Lila, notamos que en su entrevista no hizo mención a un estado de ánimo predominante a lo largo de su vida, sino que su identificación con características *depresivas* venían dadas por una sensación de incomodidad frente al mundo, caracterizada por la dificultad para relacionarse y expresar sentimientos, que se manifiestan en una falta de conexión con los demás.

Lila: Yo siempre fui muy retraída, o sea yo siempre fui de encerrarme en el cuarto y escuchar todo y sentirme miserable y no contárselo a nadie (1671). Y también yo sentía que cuando yo decía cuando me sentía mal, cuando me sentía mal... tenía eh que disculparme, porque sentía que estaba haciendo perder el tiempo de la otra persona pues. Y nada, o sea eso, eso lo llevé desde los 15 años, 13 años, más todas las cosas que me pasó en la adolescencia (1291).

A pesar de que Lila no se identifica con una emoción específica como los demás, es llamativo que hable de sentirse miserable. El uso de este término parece implicar un conjunto de emociones disfóricas que reflejan ser recurrentes en ella, lo cual sustenta nuestra afirmación de que el malestar no viene dado solamente por la tristeza, sino por varios aspectos que engloban elementos más allá de las emociones, como el sentirse inadecuado socialmente, el sentirse extraño, no poder contactar o expresar sus emociones, a su vez que, una baja autoestima o autocrítica. A su vez, dicha sensación fue reportada por los otros participantes:

Juan: Es así, es como que nunca calzo. Como que me queda grande todo, el mundo nunca me calza (2480)... Sí, es una sensación de no pertenencia. De no pertenencia... como si hubiera salido de casa y hubiera olvidado el camino de vuelta y estuviera perdido dando vueltas en círculos sin recordar cómo llegar a casa. Esa es la sensación (2483).

Carolina: Soy un poco, soy introvertida. La palabra no es odiosa pero puedo resultar odiosa, además mi cara no ayuda, pero realmente, eh soy fría, como antipática, no soy muy abierta con todo el mundo, no soy como esas personas que son amigueras, así, sino que soy como más bien un poco, eh selecta con la gente con la que puedo compartir (596).

Valeria: ...por lo menos ahora yo soy capaz de ser más directa con la gente, trato de no guardarme tanto las cosas porque creo que eso también ocasionó que todo pasara. (...) O sea es como saber ver a quién le dices las cosas y cómo decirlas y antes no me pasaba, antes yo trataba de guardar mucho mucho mucho más (405).

Cabe mencionar que, tanto Lila como Carolina hicieron referencia a una baja autoestima en la descripción de sí mismas, lo cual podemos destacar como un aspecto de su forma de ser que asociaron con el hecho de haber tenido depresión, tal como se puede observar a continuación:

Lila: Siempre me vi muy aminorada, mi autoestima era básicamente nula, era muy dependiente, bueno yo era muy dependiente a este novio-esposo que tuve, eh y yo no me sentía suficiente por mí misma. O sea, yo podía hacer cosas increíbles y sentir que realmente no estaba logrando nada con mi vida (1105).

Carolina: Yo tengo muchos problemas viéndome a mí misma (889). (...) Yo sigo siendo insegura y sigo siendo introvertida (924).

Ahora bien, a partir de la revisión de las descripciones de los participantes, resulta interesante notar que se desarrolla una suerte de sensibilidad para captar diferentes matices de sus experiencias emocionales. Además puede mostrar que la depresión abre un espacio de conexión con lo emocional mucho más complejo. Por ello, podríamos distinguir incluso, la tristeza que se conoce socialmente, y la tristeza que se vive al estar deprimido.

La idea de que los participantes se hayan identificado con características de lo depresivo como rasgos estables de sí mismos, resulta relevante porque a partir de la propia definición de su identidad asumen un diagnóstico. Todas estas características engloban un macro estado afectivo que ellos relacionan con la depresión, tal como se puede observar a continuación:

Valeria: Sabíamos, era tácito. Era tácito, estaba allí es como si está ahí pero sabes como que no lo quiero tocar, es como el elefante rosado que está en la habitación. Ese es el tema que nadie quiere tocar pero todo el mundo sabe (205).

Juan: Entonces claro, el diagnóstico fue ese, o sea no fue un diagnóstico, o sea obviamente se corroboró algo que estaba ahí siempre (2268). (...) Es que no fue un diagnóstico, es que yo no lo veo como un diagnóstico, es que era un hecho, no es diagnosticar un hecho, o sea es un hecho, es una cuestión de hablarlo, o sea yo he sido toda la vida así. Eso es simple, si el diagnóstico es eso, sí, me diagnosticaron, pero no era ninguna novedad, o sea ya yo sabía lo que estaba pasando (2242).

Lila: Ah no, yo lo veía venir, o sea yo me imaginé por como me sentía en ese momento cuando fui con la doctora, yo me imaginé que eso venía (1592).

Carolina: Bueno, a lo mejor yo soy un caso particular porque como toda mi vida he estado rodeada de psicoanálisis, de bueno psicoanalistas, yo como que entendí por mi cuenta que lo que me estaba pasando no era que estaba triste y ya (715). (...) No, no hubo una sentada de ‘lo que tú tienes es depresión clínica’, sino eh.... fue medio instintivo y yo misma lo mencionaba, o sea de que yo no quería seguir estando deprimida (747). (...) No, no sé. O sea no recuerdo que ella me haya dicho así como que ‘tú estás deprimida’ o lo que es la depresión, no se sentó a hablar conmigo, pero yo creo que es porque yo entendía, o sea ya tenía una buena idea de lo que es depresión... (752).

Emmons (2010), señala que la comercialización de los medicamentos para la depresión y la publicidad que se le da a estos, sirve como una nueva forma de significado al concepto de depresión, en la cual la tristeza es patologizada. Es posible que la unión de esta patologización de la tristeza, con una identidad construida alrededor de elementos de personalidad melancólicos, tristes, entre otros, resulte en la identificación de los participantes como personas propensas a padecer de depresión.

Irrecuperabilidad

No sé si es un proceso que va a estar a lo largo de mi vida conmigo, o sea no... es como una enfermedad incurable ¿sabes? Como... como que está allí
(Valeria, 548).

En el encuentro con los participantes fue llamativo notar que se refirieron a la depresión como una condición de la cual, a pesar de encontrarse en remisión, sentían que no estaban recuperados del todo. Es por esto que se refieren a la depresión como algo que “sigue estando”, y que no parecen creer poder desligarse de ello a pesar de estar en un proceso terapéutico. Se puede observar claramente en los siguientes extractos:

Juan: No me considero del todo sano. Yo te lo había comentado. O sea, yo no considero que haya triunfado del todo, he mejorado mucho, pero que he salido completamente, no. Tengo mis episodios, mis momentos de angustia extrema y de depresión extrema (2569).

Carolina: Yo creo que superé la depresión... pero sigue estando... creo que soy depresiva, o sea mi idea de que soy depresiva es que soy propensa a la depresión, o sea que tuve depresión entonces siento que eso no es algo que se me puede quitar, o sea creo que es algo que va a estar ahí y a lo mejor ahorita está estable pero después puedo caer, esa es mi percepción (1032).

Lila: Todavía me da miedo arriesgarme a decir que estoy totalmente fuera de la depresión (1942).

Valeria: Todavía estoy allí de alguna u otra manera (274).

Es notorio que todos los participantes sienten que la depresión sigue estando presente de alguna manera. Podríamos decir que esta idea responde a que la depresión o

la tristeza, tal como se ha hablado en apartados anteriores, ha pasado a formar parte de su identidad, lo cual se pudo evidenciar en las entrevistas.

Karp (1994), señala que una vez que las personas se ven envueltas en un proceso de tratamiento ocurren varios procesos simultáneos, tales como: la reconstrucción y reinterpretación de su pasado en relación con su experiencia actual, buscar las causas de su situación, construir explicaciones acerca de la naturaleza de su depresión y establecer formas para lidiar con lo que viven. Todos estos procesos requieren juicio sobre las explicaciones más adecuadas para describir las situaciones por la que pasaron.

Tal como se abordó en el apartado del Contexto Conceptual, en la investigación realizada por Karp (1994), se encontró que varios participantes definieron su condición como una enfermedad. Esto se pudo observar en la mayoría de los participantes de nuestra investigación, al definir la depresión como una enfermedad, compararla con el SIDA, o referirse acerca de sí mismo como “no sano”. Sin embargo, esto toma diferentes formas de vivirlo en cada uno de ellos, lo que desarrollaremos a continuación.

En el caso de Juan, tal como mencionamos anteriormente, es una persona que difícilmente puede desligarse de los sentimientos de tristeza. Los fragmentos citados de él dan paso a distinguir por un lado, que vive la tristeza como un sentimiento que constituye su identidad y su personalidad, y por otro lado, como un sentimiento que lo lleva a “no estar sano”, incluso a buscar activamente tener un estado que considera asociado a la depresión y por lo tanto patológico:

Juan: Pero eso, los malos pensamientos, las actitudes pesimistas son adictivas totalmente. Entonces la persona va a buscar la droga, las circunstancias que te refuercen esa vaina, ya está... Es una adicción. Esto también, la depresión es adictiva. Se va convirtiendo con el tiempo en una adicción, no estoy diciendo que la gente quiera estar así. Es un poco subconsciente o inconsciente. Así lo veo yo, estoy diciendo de mi experiencia. Pero yo buscaba también, y todavía lo busco, cada vez menos, pero cuando estoy en mis procesos intensos, busco las cosas que me refuercen la intensidad y la tristeza y la vaina (2597).

Pareciera ser que el haber pasado por una depresión, reafirmó en él su identidad de *triste*, que ahora toma el matiz de una tristeza *no sana*, o *depresiva*. Siguiendo esta noción que se repite en el resto de los participantes acerca de la salud y la enfermedad, Flores-Guerrero (2004) afirma lo siguiente:

En cuanto la enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno, desde un punto de vista antropológico parece más correcto utilizar la palabra *dolencia*. Dolencia es una condición de falta de salud sentida por un individuo (p. 21).

Este uso del término *dolencia* parece englobar lo que Juan quiere transmitir en su discurso, que es que en la medida en que tenga, o haya tenido depresión, él es una persona *no-sana*. Esta noción resultará importante ya que se repite, de diferentes formas, en los discursos del resto de los participantes. El término dolencia, sin embargo se queda corto dentro del ámbito de la depresión, en el cual consideramos a partir de las experiencias de nuestros participantes, que no se experimenta como tal sino más bien como un *sufrimiento*.

Esta forma de ver a la depresión tiene grandes implicaciones sobre las personas que la viven o la han vivido. Tal como afirman Augsburger y Silvana (2005), el biologicismo es el rasgo estructural dominante que orienta las perspectivas teóricas y prácticas sobre los problemas de salud - enfermedad. Tal como puede desprenderse de las narraciones de nuestros participantes, el modelo médico continúa teniendo un papel central en el campo de la salud mental en nuestra sociedad (Augsburger y Silvana, 2005). El padecimiento de la depresión visto como una *dolencia* o un *sufrimiento* en cuanto a sus características sintomáticas, posee un significado asociado a la enfermedad.

Esto resulta de suma importancia al aproximarnos al fenómeno de la depresión, ya que ésta adquiere las características de una enfermedad física, a pesar de no serlo. Tal como afirma Emmons (2010):

La depresión como una constelación de experiencias textuales, sociales y de género, le da un papel importante a explorar el lenguaje de la salud y la formación discursiva de la identidad de enfermo (p. 5).

En este sentido, el sí mismo a falta de manifestaciones físicas de la depresión, a las cuales atribuir el surgimiento de la misma, se vivencia como no-sano o enfermo. De ahí que muchos autores conciben a la depresión como la enfermedad del sí mismo, ya que representa un quiebre en la forma de concebir su identidad. Una vez que se experimenta la depresión, este sufrimiento que se vive como una falta de salud produce un quiebre en la forma en que las personas se conciben a sí mismas. De esta manera, tal como afirma Smith (1999), al construir una narrativa acerca de su propia depresión, la identidad sufre un quiebre, y se vive, en palabras de este autor, como un *self fragmentado*.

El verse a sí mismo de esta manera, lleva a Juan a buscar activamente sentirse triste, como una manera de ser consistente con su identidad. De esta manera podríamos decir que Juan busca el sufrimiento, la tristeza o la melancolía ya que, tal como explica él mismo, de alguna manera es a lo que está acostumbrado, lo que conoce, tal como se puede observar en la siguiente cita:

Juan: Bueno no sé, será un tema de costumbre, haber pasado muchos años en ese estado, de no haber conocido otro estado parecido, de tener muy pocos momentos donde mi estado era totalmente lo contrario a la depresión, la tristeza y la angustia (2591).

McAdams (2001) afirma que la identidad es un proceso integrador del sí mismo. Esto podría explicar que en el caso de Juan, el sentir que la tristeza es coherente con su identidad lo hace buscar situaciones en las que vive esta tristeza, incluso con una gran intensidad, para sentir que se encuentra integrada y es coherente con su sí mismo previo a haber tenido depresión. Esto representa cómo en su caso, luego de vivir la depresión, ésta pasó a formar parte de su identidad, cosa de la que no ha podido despojarse porque la siente como una parte de sí mismo. A la vez que lo hace sufrir, lo lleva a necesitar sentirse de forma consonante con esa tristeza que lleva dentro de sí, y de la que no parece creer deshacerse. Es por ellos que al formar parte de su identidad, la depresión se vive como *irrecuperable*.

Carolina, en cambio, lo vive de forma muy distinta. Ella se muestra ambivalente al hablar de su recuperación, ya que por un lado, tal como se evidenció anteriormente, siente que *superó* su depresión, sin embargo, a la vez afirma que la depresión es algo que *no se le puede quitar*. Podemos observarlo en el siguiente extracto de su narración:

Carolina: Mi percepción es que soy una persona que ha tenido depresión y que ahorita está estable, y que no sé, si me vuelve a pasar ese episodio, es que ya no me va a volver a pasar ese episodio, pero si me pasara algo que podría causarme la depresión, me volvería a pasar, o si me quitaran la pastilla de coñazo caería en depresión otra vez (1035).

Como se ve en el extracto anterior, ella ve a la depresión como un suceso puntual, producto de una situación de vida específica. Sin embargo le cuesta afirmar, a pesar de estar actualmente estable, que no tiene razón para sufrir un episodio depresivo nuevamente. Pareciera ser que aparte de esa depresión como un episodio específico en su vida, existe para ella una depresión que sigue estando presente, en forma de esa *propensión* que ella reporta tener, de la que no puede recuperarse, y que forma parte de su

identidad. Es interesante ver entonces cómo esa noción de enfermedad puede ir más allá del padecimiento de los síntomas al estar integrada en la identidad. Al respecto, Flores-Guerrero (2004) afirma que:

En un sentido amplio, la salud opera en oposición o ausencia de una enfermedad. Se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia ni sintomatología. Estos dos enunciados deben ir juntos, pues pueden ocurrir interesantes paradojas. No es extraño que la construcción sociocultural de la enfermedad vaya acompañada de una sintomatología, la cual es utilizada en el diagnóstico y su identificación. Nuestra medicina tradicional occidental opera bajo estas premisas. Sin embargo, puede desarrollarse una enfermedad asintomática, donde la persona puede incluso negar la existencia de la dolencia; o por el contrario, puede existir una sintomatología sin enfermedad (p. 21).

Las narraciones de los participantes, donde se toma a la depresión como una enfermedad que va más allá de los síntomas, abren paso para entenderla como dos versiones de un mismo fenómeno, una como episodio sintomático que responde a la depresión como trastorno o episodio puntual en el tiempo, y otra como una enfermedad *asintomática*, que tiene su núcleo en la identidad de estas personas. En este sentido, pareciera ser que para los participantes, la vivencia con depresión trasciende a la vivencia de los síntomas.

Quizá en su caso esto provenga de haber crecido en un ambiente influenciado por referencias psiquiátricas y en un tratamiento prolongado, en donde se ve mucho más afincada la noción de la depresión como enfermedad, que ella parece adoptar. Esto es visible en la siguiente cita:

Carolina: Creo que hay una cosa que es muy difícil de la depresión, que es que la gente no entiende que es una enfermedad, pues o sea que es algo, eh, digamos que uno no puede evitar (759).

La noción de enfermedad se enmarca en una tradición médica del conocimiento en la psicopatología. Desde esta orientación, la enfermedad posee un correlato fisiológico o biológico que origina el trastorno. En el caso de Carolina, por su relato se puede afirmar que ella concibe la depresión como algo que no funciona bien en su organismo y es incurable. Es posible que por esto, Carolina haya desarrollado dependencia a los medicamentos, tal como ilustra el siguiente fragmento:

Carolina: Bueno, yo creo que eso es un... es algo que va a pasar por un tema fisiológico, o sea de que si bajan la, la, sabes, la Sertralina lo que

hace es mantener los niveles de Serotonina equilibrados y si dejo de tomármela sí me dan como crisis, o sea, eso, paso dos días y no solo me dan mareos, me dan cambios de humor raros, o sea de repente estoy arrecha y no sé por qué y después me da un bajón chimbo de sentirme mal, y no hallo bien cuál es la razón pero después me acuerdo, ‘ah coño, se me olvidó la pastilla’ o sea es algo que yo me he dado cuenta que me puede pasar, me dan cambios de humor. Obviamente yo no sé si soy dependiente de la pastilla pues, pero sé que eso me pasa, o sea sé que tengo cambios de humor si dejo de tomármela. Por eso siento que si dejo de tomármela me deprimiría (955).

El extracto anterior resulta muy importante para comprender la vivencia de Carolina, ya que ilustra su manera de entender la depresión por la que pasó. Además, permite observar que se siente sumamente frágil frente a esta *enfermedad*, de la cual no puede curarse, debido a su *propensión*. Adicionalmente, es importante observar cómo la medicación ha tomado un papel central en su vivencia de la depresión, ya que siente que sin ella volvería a deprimirse. Parece ser que la Sertralina es para ella un escudo que emplea para evitar un nuevo episodio.

Sin embargo, es pertinente hacerse la pregunta de, por qué esta persona, que se siente recuperada y tiene cinco años en tratamiento, siente que al momento de dejar una pastilla, volvería a caer en depresión clínica.

Para Karp (1994), las personas que han sufrido de depresión poseen un debate acerca de si atribuir su condición a la biología o al ambiente, pues esto posee implicaciones importantes para sus vidas. El hecho de tener que asumir que uno se encuentra biológicamente enfermo, conlleva a una suerte de victimización que absuelve a la persona de responsabilidad respecto a su condición, y a su vez, alimenta una historia de vida de dificultades y fallas. Ser una víctima de los procesos bioquímicos da paso a que la realidad de la persona se transforme al ser valorada como necesitada, dañada o pasiva. De esta manera se adquiere la *identidad de enfermo*, de la que luego es muy difícil desprenderse y por lo que sienten que no pueden recuperarse del todo. Cuando Carolina hace la afirmación: “creo que soy depresiva” (1032), nos permite observar cómo esa depresión se ha vuelto parte de ella, por lo que no puede recuperarse totalmente.

Esa condición de la depresión como una enfermedad, aunada a una *identidad depresiva*, es lo que lleva a la noción de irrecuperabilidad, de algo que inevitablemente la

va a acompañar durante toda su vida, y de lo que sólo puede estar libre en los momentos en los que la medicación mantiene alejados unos síntomas, sin la cual, estarían presentes.

Carolina: La medicación me mantiene equilibrada. Yo creo que es más que, o sea yo no pongo en duda que la medicación me ayudó a superar la depresión porque, o sea, esto no se puede, si yo mañana me dejo de tomar la pastilla me voy a deprimir por una cuestión digamos química (915).

Esa sensación de irrecuperabilidad puede volverse tan grave como para llegar incluso a comparar a la depresión con una enfermedad física y crónica como el VIH, tal como fue el caso de Valeria:

Valeria: Yo la veo como, sabes... ¿Cómo lo veo a ver si lo?... como el sida, eso está ahí como el VIH, está ahí, está en tu sangre, está ahí, pero no sabes en que momento va a aparecer pero está allí, es como... si, es como si tal cual, como el VIH, no lo puedo ver de otra manera, es como está inoculado ya en mí, o sea no hay manera de que yo no, para mí, que yo no la pueda volver a vivir, o sea para mí es como un proceso de que, bueno sí, yo pase una vez por una depresión y eso no significa que ya yo estoy inmune (552).

Llama la atención que, por un lado, Valeria se define como una persona que está recuperada de la depresión, tal como deja ver el siguiente fragmento:

Valeria: La ansiedad circula en mí, o sea la ansiedad para mí es algo que está. No, nunca se ha terminado de ir. La depresión sí, pero la ansiedad no, la ansiedad sigue (368).

No obstante, en otros momentos de la entrevista se devela que ella se ve como una persona que si bien no está deprimida, no se encuentra totalmente recuperada, al igual que Juan y Carolina. La comparación con el VIH además permite ver que para ella, la depresión es igual de grave que una enfermedad crónica como ésta, y que no hay manera de evitarla en el futuro. Es curioso que, a diferencia de lo encontrado por Karp (1994), Valeria no asoma considerar atribuciones biológicas al surgimiento de su depresión e igualmente parece adoptar una de identidad de enfermo, que parece no forjar por la cualidad física de su trastorno, sino luego de un tiempo de haber recibido tratamiento.

Para Rosenhan (1973), el recibir un diagnóstico tiene un estigma asociado, ya que las personas que rodean al *enfermo* cambian su manera de percibirlo y tratarlo. En el caso de Valeria, a pesar de no haber recibido un diagnóstico, ella afirma haber caído en cuenta de tener depresión clínica luego de un tiempo de haber sido medicada. Para ella esto

representó un gran quiebre, por miedo en relación al estigma social y cómo la iban a percibir los demás, tal como postula Rosenhan (1973). Quizá, el estigma también puede tener lugar en el mundo particular de cada persona y puede ir más allá del contexto social cotidiano, ya que en la historia de Valeria, a ella le costaba decir que estaba deprimida aun cuando las personas que le rodeaban le apoyaban.

Podemos ver que el haber tenido una experiencia con depresión tuvo un gran impacto en la identidad de nuestros participantes, que en conjunto con las características estables asociadas a lo depresivo y el diagnóstico (a pesar de no haber recibido uno por parte de los profesionales del área), adoptan una identidad donde la depresión toma un papel central, a pesar de que se encuentren en remisión de los síntomas. De ahí a que hagan una distinción entre *tener depresión* y *ser depresivo*, teniendo éste último el matiz de la irreversibilidad

Es por ello que aunque actualmente no presentan los síntomas de depresión (no *tienen* depresión), el tomar una identidad de *ser depresivo* los lleva a sentir que podrían recaer en cualquier momento, tal como podemos observar en el siguiente extracto:

Lila: Por eso es que sí quiero tener como que esas consultas un poquito más espaciadas, también para darme chance para yo ir llevándolo sola, pero no lanzarme al agua todavía, porque todavía puedo recaer un poquito (1582). (...) Entonces yo... sí, sí siento que es una etapa que a pesar de que estoy consciente de que puedo volver a recaer (1957).

Esto nos lleva a poder afirmar que la depresión causa un gran sufrimiento incluso al estar en remisión de los síntomas. Más allá de la vivencia de la depresión en sí, ésta deja una huella profunda en la identidad de la persona, el sentir que *soy depresivo*, que la hace vivir con un miedo constante de volver a recaer, ya que viven la depresión como una condición irreversitable.

En síntesis, producto del discurso biologicista asociado a la depresión, aquel que la vive pasa a identificarse con una identidad de enfermo (Emmons, 2010). Esto conlleva a experimentar su identidad en forma de lo que Smith (1999) llama un *self fragmentado*, del que difícilmente pueden desligarse debido a su visión de no estar sanos (en un sentido médico), que lleva a estos participantes a sentir que no hay recuperación de la depresión que padecieron.

Ésto es lo que nos lleva como investigadoras a afirmar que nuestros participantes se ven a sí mismos como *depresivos*, aún cuando no *tienen* depresión. Podemos afirmar que

han formado una narrativa de vida coherente (Díaz, 2007) con el diagnóstico que recibieron, que los encasilla en una categoría de *enfermos* mentales.

Este sentido de la coherencia, que es necesario en toda historia de vida, produce que se entrelace en la identidad de nuestros participantes ese self enfermo que los acompaña más allá de la depresión, lo que les permite explicarse a sí mismos las experiencias emocionales complejas que han vivido producto de ésta y los lleva a adoptar conductas propias de lo que consideran depresivo o emociones disruptivas, asociadas a la mantención del propio sentido de la identidad (Díaz, 2007). Tal como narra Smith (1999), cuando una amiga le preguntó si quería mejorar de su depresión, él respondió “sí y no” (Smith, 1999, p. 270).

Inostoza (2007), afirma que: “Si bien, diferentes modelos han demostrado su eficacia en torno a la supresión de síntomas, muchas veces cabe preguntar si es éste el único y final aporte de la psicoterapia en esta temática (de la depresión)” (p.2). Esta interrogante resulta de central importancia, ya que según lo que narraron nuestros participantes, parece ser que la remisión de los síntomas no es suficiente para aliviar el sufrimiento de aquellos que viven la depresión. Es importante escuchar los discursos que construyen en cuanto a su identidad y cómo éstos pueden resultar incluso más dañinos que los síntomas en sí, ya que los síntomas pueden remitir, pero la identidad de *depresivo* se vive como irrecuperable.

Dando voz al sufrimiento

Punto de quiebre: la experiencia de pérdida

Bueno, yo siempre he pensado que eso... que... que cuando tú vives un duelo, todos los duelos que cerraste de alguna manera, pero que están allí se reabren
(Valeria, 233).

Siguiendo las ideas que desarrolla Emmons (2010), cuando se vive la depresión, las palabras resultan insuficientes para describir el sufrimiento. Es por ello que para esta autora, la depresión es una *enfermedad retórica*, ya que sólo puede ser comprendida profundamente a través del lenguaje de aquellos que la han padecido. A diferencia de las enfermedades físicas, no se puede describir solo por sus síntomas, ya que tiene muchos matices que hemos enunciado anteriormente. Es por ello, que trabajaremos explorando el

marco retórico por el cual los participantes interpretan su experiencia, para tener una visión global del fenómeno.

Como señala Karp (1994), una de las etapas de la vivencia de la depresión es el *período de crisis*. En este apartado se pretende abordar los relatos acerca del momento en que los participantes experimentaron el momento de mayor crisis (que clínicamente constituye su episodio depresivo). En este sentido encontramos que en esta crisis podemos distinguir tres componentes principales que destacaron los participantes, que son un punto de quiebre, un momento de crisis y la relación que éstas tiene con su identidad.

Hallamos que los participantes atribuyen al punto de quiebre entre no estar deprimidos y estar deprimidos, el sufrimiento dado por una experiencia de pérdida. En el caso de Lila, Valeria y Carolina, esta experiencia viene dada por la ruptura con sus parejas. Ellas enuncian claramente cómo atribuyen el surgimiento de la depresión a esta pérdida, a la que ven como un detonante.

Este hecho puede ser comprendido desde el concepto de pérdida de objeto, introducido por Freud (1917). Según él, en una relación objetal, la persona pone parte de su libido en ese objeto, al que se carga con características propias del Yo de la persona. Cuando esta relación objetal se rompe (ya sea por la muerte del objeto o, por ejemplo, por la ruptura de una relación de pareja), se produce una experiencia del Yo como vacío. Esto produce, además una escisión del Yo en cuanto al objeto donde se pone la libido (concepto que podemos ligar al del *self fragmentado* de Smith)

Los autores psicodinámicos (Bleichmar 1980; Freud, 1917; Grinberg, 1988) consideran la pérdida de objeto como la génesis del fenómeno depresivo. Como pudimos observar en nuestras participantes, ellas le atribuyen el inicio de su depresión a una pérdida, tal como lo enuncia Valeria:

Valeria: Termina la relación, eso fue, mi relación terminó en julio y no es sino hasta septiembre que ya yo no podía o sea ya me doy cuenta de que yo físicamente no podía, ya no me podía parar de la cama, pero no dormía (18).

Para Freud (1917), este inicio de los síntomas (a saber, el insomnio de Valeria y su falta de motivación para salir de la cama) se debe a que en la depresión se pierde la capacidad de amarse a uno mismo, que de alguna manera se ve relacionado con el objeto perdido, y aparecen otros síntomas como el desinterés por el mundo externo y la

inhibición de la productividad (Freud, 1917). Podemos ver entonces, cómo para las participantes la depresión empieza a formarse justo luego de una pérdida significativa.

Sin embargo, es interesante a su vez poder notar cómo todos ellos hablan de pérdidas o duelos significativos en su vida, antes del momento en que viven la depresión. Esto podemos verlo en el discurso de Carolina, cuando al preguntarle sobre las causas a las que le atribuye su depresión, no sólo habla de la ruptura de una relación de pareja, sino de la ruptura con una pareja anterior, además de otros duelos importantes en su vida, como el de la muerte de su madre en la infancia, la muerte de su abuelo y la emigración de su hermana:

Carolina: Digamos el catalizador fue, yo tuve un novio por cinco años, eh un novio que probablemente tuvo que haber estado máximo dos años, o sea era mi novio del colegio y yo no quería terminar con él porque me daba miedo estar sola pero finalmente tuve el valor y las bolas de terminarle (risas) y tenía diecisiete años y no había pasado por esa época de sabes, de loquear. Entonces, me puse a loquear a los veinte años y me encontré con un tipo que quería tener una relación casual y yo pensaba lo mismo, que yo quería tener una relación casual, pero yo no sabía lo que eso significaba, ni cómo me iba a afectar a mí, este... y esa relación casual terminó convirtiéndose en una relación en la que nos veíamos todos los días pero no éramos nada y de un día para otro él como que, o sea el siempre me dijo como que no quería tener nada serio y yo le decía que sí pero en realidad no quería eso, pues (suspira). (...) Tuve la muerte de mi abuelo, también estuvo ahí como, sabes fue como muchas cosas (...) ah mi hermana se estaba yendo a vivir a otro lado, también, eh creo que fue como una combinación de muchas cosas, pero creo que el catalizador fue este tipo y su rechazo, y al final nunca me ayudó, o sea él como que me dejó muy muy, este... y bueno en ese momento empecé a ir a la psiquiatra, me cambié, el cual fue muy bueno porque ella fue mucho más dura conmigo y me puso las cartas sobre la mesa y además había como debajo de todo ese episodio un duelo por la muerte de mi madre no resuelto (639).

Resalta que al hablar acerca de la ruptura con su pareja, que considera el “catalizador” de su depresión, espontáneamente menciona estos otros duelos que ha tenido en su vida. Esto toma especial sentido al verlo desde la perspectiva de Herrero y Botella

(1998), que ven al duelo como una reconstrucción del significado ante una pérdida. En sintonía con esta idea, tal como hemos visto anteriormente, para McAdams (2001) los puntos de quiebre significativos en la historia de vida (como lo son estos duelos para los participantes) generan una reestructuración y una resignificación de dichas historias.

Esta reestructuración, sin embargo, implica para nuestros participantes el surgimiento de una depresión. Estas pérdidas generan un quiebre que es resignificado alrededor de la depresión, a partir de las cuales se genera la fragmentación del self que propone Smith (1999). Podemos afirmar que es por esto que al hablar de las causas que le atribuyen a su depresión no hablan de un sólo hecho, sino que al hablar de pérdidas específicas traen a colación diferentes sucesos de vida, a los que en conjunto, dan un papel dentro del surgimiento de la depresión. Tal como afirma Valeria: “Cuando tú vives un duelo, todos los duelos que cerraste de alguna manera, pero que están allí se reabren” (233).

Al decirnos esto, pareciera decir que las pérdidas se reinterpretan y adquieren un mayor significado en función de las nuevas pérdidas que se viven (tal como afirman Herrero y Botella, 1998). Es por esto que, si bien es visible que todas las participantes pueden puntualizar un hecho como *detonante* de la depresión, la causa sin embargo, aparece para ellas como mucho más amplia y se puede atribuir a un conjunto de experiencias de vida que han sido importantes para ellas, tal como se puede observar cuando Carolina afirma que: “Yo ya tenía una vida difícil en la que he estado muy... he tenido mucho dolor, mucho dolor que he tenido que superar” (829).

Es interesante poder ver que se puede hacer una distinción, basándonos en los discursos de estas participantes, entre lo que llaman el *catalizador* o *detonante* de su depresión (en cuanto a la aparición de sus síntomas) y lo que consideran que las llevó en general a deprimirse. El primero lo puntualizan como un suceso de vida concreto (en sus casos una ruptura), mientras que sienten que si bien sus síntomas fueron precipitados por este hecho, la depresión surge como una respuesta a una situación de vida donde se han experimentado múltiples duelos. Esta distinción podemos observarla claramente en el discurso de Lila:

Lila: Un matrimonio que realmente fue bastante el agravante, no la razón, no considero que sea la razón de mi estado depresivo, pero sí el agravante. O sea como que, de verdad no me dejaba salir de ese estado (...) Fue una etapa muy muy difícil para mí, aparte que mi papá, vamos a decirlo así sin tapujo, mi papá era mi persona favorita en el mundo (risas). Punto. Mi

papá era mi mundo totalmente, y bueno yo creo, sabes, según lo que estuve hablando con mi psiquiatra que la muerte de mi papá fue como el detonante de algo que estaba como muy guardado en mí, y fue cuando se empezó a acelerar todo este tema depresivo... Y, claro, o sea obviamente cuando pasó lo de mi papá, más estar en un entorno de matrimonio con mi exesposo, que no me ayudaba nada, obviamente la depresión fue en picada pues (1089).

En el enfoque feminista se entiende la identidad como un proceso que se crea en relación. Para este enfoque es sumamente importante en este proceso la vinculación con el otro y la conexión con lo demás como pilar del bienestar psicológico (Miller, Pierce, Jordan, Surrey, Brooks y Clements, 2010). Así como este enfoque nos permite comprender la importancia que tiene el otro para la formación de la identidad, también da una buena explicación al surgimiento de la depresión luego de la experiencia de múltiples pérdidas que tiene un papel central en la narrativa de vida.

Tal como afirman Miller et al., (2010): “Las desconexiones pueden traer como resultados graves consecuencias en nuestra vida” (p.154). De esta manera podemos explicar cómo para participantes como Carolina, la depresión, o los sentimientos depresivos, surgen debido a la soledad que siente luego de la muerte de su madre y del distanciamiento de su padre, o por qué Juan menciona reiteradamente en su narración una imposibilidad de conectar con los demás, que lo hacen sentir solo en el mundo.

Las teorías feministas llaman *condena de aislamiento* a la sensación de inmovilidad y culpa, características del dolor de estar desconectado de los demás (Miller et al. 2010). Este término nos ayuda a comprender el sentimiento de profundo dolor que tienen nuestros participantes, en cuanto a sus relaciones interpersonales, que sienten que en conjunto con sus pérdidas los llevaron a la vivencia de depresión.

La pérdida intangible

Pudimos ver que para nuestros participantes, las relaciones interpersonales significativas y la pérdida asociada a éstas, son los factores causantes de su depresión. Sin embargo, en sus narraciones se pueden distinguir entre las diferentes formas que toma esa pérdida, siendo que no sólo se refiere a la pérdida de alguna relación importante. Para Herrero y Botella (1998) el duelo puede originarse por diferentes vías y no siempre representa la pérdida de algo *tangible*, como un ser querido:

La conceptualización constructivista narrativa asume, en primer lugar, que la pérdida no es algo "objetivo" que distintas personas interpreten y vivan de igual manera, pasando por las mismas etapas y experimentando los sentimientos propios de cada una de ellas. Se basa en un reconocimiento de la visión proactiva del ser humano, partiendo de la asunción de que estamos comprometidos en un proceso de construir activamente nuestra realidad o visión del mundo, en lugar de considerar que existe una verdad "objetiva" que puede ser descubierta reactivamente por el sujeto (p.2).

Siguiendo estas ideas, la pérdida puede originarse también en un hecho *intangible*, pero significativo dentro de la narrativa de vida. Un ejemplo de esto es el caso de Juan, que no atribuye su depresión a un hecho puntual. Él responde lo siguiente al preguntarle cómo comienza su período de *crisis*:

Juan: Cuando estaba en España. Yo me fui a España hace, yo, yo regresé a Venezuela en 2010, yo me fui en el 2005, viví tres años en España y en el último año, año y medio en Francia. Tenía una novia y estaba en un proceso de total infelicidad, no estaba en un lugar donde quería, no estaba haciendo lo que quería, no estaba haciendo nada que quería hacer, no tenía ningún tipo de, de, de objetivo claro en la vida (2086).

En el caso de Juan, el inicio de su depresión es mucho más difuso, y no llega a enunciar un detonante específico al que lo atribuye, a diferencia de las demás participantes. Él habla del inicio de su depresión como una situación de vida compleja, que no logra puntualizar, pero que en general le causaba mucho sufrimiento. En ésta, narra acerca de su emigración, una situación laboral y de pareja en las que no encuentra satisfacción y un estado general de infelicidad, en el que se siente fracasado.

Jacobson (citado en Ávila, 1990) considera a la autoestima tanto una manifestación de la depresión, como una predisposición o tendencia importante hacia ella, tal como afirma: “La pérdida de autoestima es el eje de la depresión. Así cualquier factor relevante para la autoestima lo será para la depresión” (p.50). Esta baja autoestima que podemos ver en el caso de Juan, se repite a su vez en las otras participantes, quienes también la ven como parte de la causa de su depresión. Tal es el caso de Lila cuando afirma:

Lila: Es que lo que me hacía sentir era que yo no era suficientemente buena en nada. O sea yo me veía a mí misma y decía, por ejemplo, cuando empezó la gente a buscar propedéuticos para las universidades, una cosa

que a mí me deprimió muchísimo, que es combinando las dos cosas que te acabo de contar, era que mi hermana estaba ya graduándose de la Universidad Santa María, una universidad como sabemos privada, costosa para el presupuesto que era de mis papás. Y yo decía “qué cagada, porque yo quiero ir a una universidad pública para que mis papás no tengan que pagar un centavo, pero yo no tengo la capacidad ni de vaina de pasar una prueba interna, o sea ni de vaina. Ni de vaina. ¿O sea yo? ¿Yo? ¿Yo pasar una de esas pruebas horribles? No existe, ni porque haga 50 problemas. No lo voy a lograr.” De hecho yo fui población flotante un año, y al siguiente año volví a presentar en la Universidad Simón Bolívar en Arquitectura y quedé. Y quedé y fue burda de fino (risas). Pero en esa clase de cosas yo siempre me ponía como de última. En mi casa, por ejemplo. En mi casa yo sabía que en el escalafón la última era yo (1695).

Podemos ver que para estos dos participantes esa sensación de fracaso, o de valer poco ha estado presente a lo largo de sus vidas, y se hace más evidente en momentos que representan hitos importantes para ellos, como el mudarse a otro país o ingresar a la universidad. Para Jacobson (citado en Ávila, 1990), si en el proceso de formación del sí mismo existe una autoimagen mal integrada que tienda a la mala autoestima, existe mayor posibilidad de que aparezca la depresión.

Podemos ligar esta noción del sí mismo a la del Yo ideal propuesta por Bleichmar (1980). Como hemos visto anteriormente, para este autor los síntomas depresivos surgen a partir de un quiebre en el sí mismo, que se compone de un ideal que no puede alcanzar, tal como podemos verlo en la narración de Lila. En esta *insatisfacible carga de anhelo* (Bleichmar, 1980) genera un quiebre que hace imposible alcanzar el Yo ideal que se había formado la persona en el proceso de construir su identidad. Este quiebre representa en sí un pérdida tan grande como las pérdidas de objeto que denominamos *tangibles*, en el momento de surgimiento de la depresión.

Es por esto que a diferencia de las demás participantes, Juan no puede atribuir su depresión a un hecho puntual, ya que tal como afirma Freud (1917) en la pérdida del ideal de un objeto amado (en su caso podría ser su país, su familia o la posibilidad de un trabajo estable) no se sabe con exactitud qué se perdió. Sin embargo, de igual forma podemos hablar de una pérdida que genera la depresión, que en este caso en vez de tratarse de una relación o de una persona, se trata de un ideal que es mucho más difícil de precisar, pero

que causa igual sufrimiento en la persona. En concordancia con lo propuesto por Herrero y Botella (1998), en el caso de Juan, la pérdida es algo no objetivo.

Para autores como Grinberg (1988) esta pérdida que denominamos *intangible*, no es más que un duelo por las partes perdidas del self. Esta es una noción que se puede ver tanto en autores psicoanalíticos, como en autores narrativos o constructivistas, donde este tipo de pérdidas son tan importantes como cualquier otra y pueden causar un quiebre tan grande en la historia de vida o en la identidad, como para precipitar la aparición de una depresión.

Siguiendo las ideas de Ávila (1990), es necesario comprender cómo la persona codifica los acontecimientos de su vida, y el significado que le otorgan a éstos. Teniendo una visión integradora de estas teorías podemos comprender la vivencia de nuestros participantes, a través del significado que le otorgan a esa pérdida de las partes de su self, o del Yo ideal (Bleichmar, 1980; Herrero y Botella, 1998).

Muerto en vida: Vivencia de un self fragmentado

Muchas veces me acostaba en la noche pensando 'ojalá y no me despierte. Ojalá. O sea, ¡Ojalá no me despierte! O sea, ojalá, de verdad me de algo. No sé, una trombosis mientras me quede dormida, no sé pero algo'. Y a veces cuando me despertaba me ponía a llorar, así como 'coño de la madre, ¿de verdad, en serio? tengo que enfrentar el día otra vez, no puedo. ¡O sea era un infierno! O sea de verdad sentía viviéndome en un círculo súper tóxico conmigo misma, de que nada me hacía sentir plena, nada me hacía sentir feliz (Lila, 1297).

La subjetividad en esta investigación se entiende como las interpretaciones que hacen los participantes acerca de sí mismos en la experiencia cotidiana y cómo ésta es integrada con la experiencia que atravesaron de depresión (Lewis, 1995). Por lo tanto, para comprender los significados que los participantes atribuyen a su experiencia subjetiva, es importante abordar las características que describen al decir qué se siente haber vivido con depresión.

Tomando en cuenta lo dicho en el párrafo anterior, en el proceso de análisis de los relatos, los participantes describen un período de crisis, en donde encontramos que la identidad atraviesa o está presente en los aspectos de su malestar. Por lo que a

continuación se pretende hacer una aproximación a comprender cómo se sintió la depresión para los participantes, intentando reconstruir la experiencia y relacionándolo con la vivencia del sí mismo.

Según Karp (1994), un aspecto que antecede inmediatamente al punto de crisis en las personas que han pasado por depresión, es el hecho de darse cuenta que poseen un sí mismo que pareciera funcionar mal, por lo que comienzan a interpretar sus experiencias tomando en cuenta un locus de control interno. En ese momento comienza una lucha que resulta cada vez más debilitante, hasta que eventualmente, el esfuerzo por controlar las situaciones se vuelve inútil.

Una de las vivencias que caracterizó la experiencia con depresión de los entrevistados, y que surge para todos en un momento inicial del período crítico, es lo que podemos denominar como una pérdida de control. Podríamos diferenciar este aspecto de otras pérdidas que se viven en la depresión, comprendiendo la pérdida del control de sus acciones o de su vitalidad, como la vivencia de ese self que está fragmentado. Así, la pérdida de control sobre sus acciones puede entenderse como la pérdida de sí mismos.

Este aspecto, a su vez, se traduce en la aparición de varias conductas inusuales en ellos, que están fuera de su control, y en la vivencia de las mismas no hay un entendimiento claro de su razón. Ello queda expuesto en los siguientes fragmentos:

Lila: Y creo que tuve una crisis depresiva muy fuerte porque, eh, digamos, yo llegué a mi casa ese día como a las dos de la tarde y no me moví de la silla de la cocina hasta las ocho y media de la noche, que llegó mi esposo. Todas las luces apagadas, porque obviamente, como no me moví de la cocina no prendí ninguna luz. Y él llegó y me vio, yo sentada así. Y era para mí, físicamente era imposible moverme (...) Yo me sentía discapacitada (1182).

Valeria: Lloraba muchísimo (...) no podía parar de llorar, era, o sea era muy complicado parar de llorar, y no lo podía contener (...) tenía un llanto contenido muy fuerte este... tuve... me daban ataque de ansiedad mucho más fuertes en el momento y entonces ahí sí ya me perdí, o sea ya yo no tenía control de lo que pasaba y sentía mucho miedo de lo que me podía pasar (21).

Juan: Yo llegué a pasar días, por no decir, yo llegué a perder inclusive el sentido del tiempo, llegué a perderlo, o sea (dice varias cosas inaudibles) o sea pasaron tres años, dos años y medio, casi tres y yo mucho de ese

tiempo me recuerdo que dormía en una esterilla en el piso, porque quería dormir en el piso y pasaba días sin bañarme, o sea en un estado de total colapso, colapso, colapso, que de repente estaba ahí y me orinaba encima y no le paraba y orinado, o sea un estado abajo, abajo, abajo, que yo decía se acabó mi vida (2134).

Es visible como en todos los casos, esta pérdida de control comienza a afectar en sus actividades diarias, impidiéndoles continuar sus vidas como lo harían normalmente. A su vez, para Lila, Valeria y Carolina, la ansiedad jugaba un papel importante en esta pérdida de control y la expresión de la misma a través del llanto. Mientras que, Juan lo vivía como un estado de colapso en donde incluso llega desconectarse con algunos elementos de la realidad.

Entonces bien, dado la aparición de estas conductas, la depresión comienza a ser construida como una experiencia en la cual el sí mismo es inaceptable, y esto se traduce en una autovaloración negativa, pudiendo llegar a ser autolesiva (Lewis, 1995). Este aspecto puede notarse a través de las siguientes citas:

Valeria: Bueno... se los voy a decir como yo lo sentía, con mis palabras... yo me sentía como... como la basura ¿saben? Como cuando sacas la basura y la dejas allí porque ya no sirve, esa sensación de, de... como de inferioridad (80). (...) Todos mis pensamientos eran automáticos y eran ‘esto es lo más horrible que te ha pasado en la vida’, ‘tú no sirves para nada’, o sea ‘es preferible que estés muerta’, eso también lo pensé, eso pasó en algún punto y todo el tema siempre era recurrente o sea era ‘tú no sirves para nada’, o sea ‘no sé qué haces tú aquí’ y que que... ‘por qué deberías estar viva’, más o menos era como el tema principal de mi depresión (53).

Lila: Muchas voces diciéndome al mismo tiempo ‘eres una basura’, ‘no sirves’, ‘¿qué está haciendo?’, o sea ‘Are you keeding me?’, o sea ‘¿qué coño haces aquí?’. O sea, todas esas cosas y ninguna era buena. (...) Yo tuve autolesiones, yo me cortaba y tengo quemadas de cigarro que no se han curado (1357).

Juan: Bueno, cuando uno está en ese plan de decir para abajo, que tú eres la más grande mierda, que eres incapaz de lograr nada, que no has hecho nada y que eres, no sé, la encarnación del fracaso (2807).

Lewis (1995) explica que las experiencias con depresión poseen significado, en donde hay varios aspectos de la vivencia subjetiva de la misma que no están conectados, incluso desintegrados con la vida cotidiana, y que son poderosamente significativas para la persona. Encontramos que los participantes se experimentaban a sí mismos como personas apartadas de la vida social, con una sensación de ser distinto e incomprendido. Esto se puede observar en la vivencia de Carolina:

Carolina: Horrible (risas), incomprendida probablemente. Es bastante solitario... Es más que todo incomprendida y sentirse muy, muy... muy ajeno al resto del mundo, o sea... (suspira) cómo lo pongo en palabras. Es que tu puedes, o sea yo me sentía como ajena como a... a mi propio cuerpo a veces y observaba a los demás estando felices y compartiendo, jodiendo y yendo a fiestas y sabes, creciendo laboralmente y yo simplemente no podía, o sea no podía entender cómo los demás podían estar felices en ese momento (...) Era muy difícil, era estar ajena, o sea ausente, distanciada, sola (791).

Este extracto permite comprender cómo durante la depresión, se tiene la vivencia de falta de control y de ser ajeno tanto a uno mismo como a los demás, que podemos vincular a la experiencia de la condena de aislamiento, propuesta por las teorías feministas. Dicha experiencia, se ve muy ligada a la vivencia del sí mismo, tal como podemos observar cuando los participantes hacen afirmaciones como: “O sea yo sí me estaba dando cuenta que estaba pasando algo, de decir ‘ya va, este no soy yo’” (Juan, 2318), “Llegó un momento en que ya yo no me reconocía” (Valeria, 46).

Oatley y Bolton (citado en Lewis, 1995), conceptualizan que la depresión es una pérdida del sí mismo, experimentada cuando un rol se encuentra en un estado crítico de mantener. Ellos argumentan que si los roles con los que las personas se definen se dejan de mantener, la persona lo vive como una pérdida en el sentido de sí mismo. Desde el punto de vista de la experiencia subjetiva, para ellos el no reconocerse a sí parece significar una sensación que engloba todo el malestar y representa una concientización de que la experiencia por la que atraviesan ha llegado un punto en que no es normal.

Esta vivencia del self fragmentado y del no reconocimiento de sí mismos, que viven a través de la pérdida de control, nos hace pensar que la experiencia con depresión puede entenderse a través de la metáfora que utilizan algunos participantes, de estar “muerto en vida”, que es así como se siente para ellos perder parte de su self. Tal como afirma Solomon (2001): “El opuesto de la depresión no es la felicidad, sino la vitalidad”

(p. 456). Esto conlleva un malestar tan grande que, incluso para algunos participantes, la muerte es vista como única forma de detener el sufrimiento.

Género

Lo depresivo en el discurso de género

Hay una percepción de que las mujeres somos débiles y entonces es mucho más jodido cuando uno está deprimido. O sea que te vean como un, o sea que... esa idea de que tiene que quitarte ese peo, como que 'estás triste, deja de estarlo', es como no joda, 'te cuento un chiste', ser mujer creo que hace la depresión más difícil... como que nosotras porque somos mujeres vamos a estar deprimidas más fácil
(Carolina, 971).

En concordancia con lo mencionado en el apartado del Contexto conceptual, se observaron características de la experiencia con depresión de los participantes que pueden ser comprendidas teniendo en cuenta una visión de género. Un hecho llamativo fue que todos los participantes reconocieron explícitamente la influencia que tiene la sociedad para construir los significados que se le da al género. Asimismo, a pesar de que podían estar en desacuerdo o no con algunas de estas concepciones, de igual manera se vieron influenciados por ellas al momento de vivir la depresión.

Es interesante ver que para los participantes, tanto hombres como mujeres pueden deprimirse. Sin embargo, a pesar de haber hecho esta afirmación ellos mismos, en su discurso podemos observar que entre líneas, se ve a la depresión como una condición propia de lo femenino, ya que para ellos la vivencia es distinta entre géneros.

A continuación se presentan fragmentos en los cuales se evidencia el papel del género en la depresión:

Lila: Siento que eso está muy condicionado a cómo nos crían y cómo la sociedad ve a las mujeres. O sea porque muchas de las cosas que a mí me... siento que me condicionaron un poco al llevar tal vez de una manera, no de la mejor manera, la depresión, es lo que se espera de una mujer (...) Siento que por lo menos era más socialmente aceptable decir que yo estaba mal, o estaba despechada, o estaba triste, o estaba desganada, porque las mujeres dicen, pongo las grandes comillas, somos más sensibles, lloramos

con mayor facilidad, pura paja. O sea, simplemente estoy diciendo los cliché (1994).

Juan: Bueno, lo que pasa es que eso viene asociado al tema del condicionamiento social, donde no está bien visto eso (...) ¿Cómo lo veo yo? Bueno es una condición que hay, que tengo. Es decir ¿me gusta? Coye, no del todo. O sea, es decir, cómo te digo... Yo creo que todos los hombres, por más arrechos que sean, todos sin duda alguna, tienen sus momentos de duda, angustia y tal y cual (2717).

Acorde con el paradigma de esta investigación y los postulados feministas de Butler (2007), es visible cómo el género es concebido como una construcción social que condiciona a los participantes. Es un discurso que puede volverse tan preciso y fijo, que incluso a pesar de que están conscientes de algunos aspectos que lo caracterizan, igualmente se ven afectados por ellos. En ese sentido el discurso genera y puede determinar una realidad (Butler, 2007; Gergen, 2007). Tal como afirma Torres (2007):

Puede afirmarse que el discurso feminista ha llegado a un cierto acuerdo en definir que “la mujer” no es ese sujeto que se supone definido, o que, al menos, encuentra un malestar en situarse en ese conjunto de definiciones que se han propuesto para su condición. Existe también un discurso patriarcal para definir al “hombre”, de alguna manera complementario, y que también requiere y está en deconstrucción; sin embargo, la diferencia entre ambos casos reside en que los hombres no sufren del mismo malestar a la hora de quedar contruidos en el discurso social (p.227).

Siguiendo estas ideas, según los discursos contruidos socialmente alrededor del género, el sufrimiento de los hombres toma diferentes matices que el de las mujeres. Sin embargo, encontramos que en efecto sí pueden vivir la depresión de forma tan severa como las mujeres. La diferencia radica entonces en las construcciones de la feminidad y la masculinidad asociadas al discurso social. Esto lo ilustran nuestras participantes al hacer afirmaciones como: “a lo mejor los hombres pueden tener más presión de que los hombres no pueden estar tristes” (Carolina, 1014) y, “El mismo tema estúpido de que un hombre no debería llorar, algo tan estúpido como eso.” (Lila, 2015)

Las narraciones de nuestros participantes concuerdan en lo postulado por Emmons (2010), en cuanto a que la depresión se ha construido socialmente como una condición propia de la mujer. Es por esto que a pesar de estar de acuerdo en que tanto mujeres como

hombres pueden deprimirse, sienten que en ellas existe una mayor propensión a experimentar síntomas depresivos. Esta idea se hace evidente en el discurso de Juan, como podemos ver a continuación:

Juan: Para mí es como femenina, para mí. Para mí es una energía femenina, puedo estar equivocado... Que viene relacionado al sentimentalismo. O sea, es decir, a todas esas cosas sutiles que manejan las mujeres. O sea, la mujer tiene esas sutilidades. Y no están mal, o sea son ricas, pero es una energía que predomina en lo femenino (2746).

Esta forma de ver a la depresión se debe en parte a que dentro del discurso de género a la mujer se le ha dado un papel pasivo (que nuestros participantes asocian a lo depresivo) y al hombre un papel activo (Hernando, 2000). Esto lo podemos ver en los discursos de Carolina y Juan:

Carolina: Eh, supongo que mis expectativas en ese momento de ser mujer y estar con alguien eran distintas por ser mujer, o sea porque yo esperaba quizá a un hombre, un galán, o sea una cosa de caballero que me salvara, supongo, esta idea Disney que tenía en ese momento y que necesitaba un hombre que me salvara, y eso obviamente disparó una depresión y es una idea que ya yo no tengo, yo no siento que necesito un hombre en mi vida para eso, y a lo mejor ser mujer y tener esta idea de que ser mujer para que, o sea que las mujeres necesitamos un hombre que nos salve, eh, siendo hombre probablemente no me hubiese pasado (989).

Juan: Es un tema que se ha tocado en terapia ¿no?, porque hay cuestiones por ejemplo que la depresión, y es un tema que estoy hablando ahorita con Miranda (su psicoterapeuta), el tema de lograr objetivos. O sea, un tema de la depresión que me generó a mí y creo que es que no te permite andar, concretar cosas, hacer cosas, porque estás metido en un barro. Entonces, es un poco lo que entiendo de lo que me estás preguntando respecto a la masculinidad. De repente se vio afectado por ejemplo el rendimiento sexual porque estás deprimido, el cuerpo está deprimido, entonces no va a haber un rendimiento satisfactorio. Incluso dudas, ¿será que se me volteó la canoa a estas alturas? ¿no? Pero ni siquiera es eso, es un tema de, bueno pana, estar empoderado de tu vida. Coyer, la masculinidad es ir pa'lante. Es concretar. Es tener proyectos. Es echarle

bola, por eso es que cuando uno dice “hay que echarle bola”, eso es maculino. “Echarle bola” es una vaina masculina (2628).

En la narración de Carolina podemos ver claramente esa concepción de la mujer como pasiva y el hombre como activo, cuando dice que siendo un hombre probablemente no se hubiera deprimido, en las circunstancias que ella vivió. Si bien ella misma reconoce que un hombre podría deprimirse a raíz del rompimiento de una relación sentimental, ella piensa que en su caso el ser mujer influyó en la aparición de la depresión bajo estas circunstancias, ya que por ser mujer existe la noción de necesitar un hombre que la ayude. Esta visión se ve teñida por la percepción de la mujer como pasiva; visión que según lo que encontramos en esta investigación, ha escalado dentro del discurso social hasta poder afirmar que parece que los participantes ven a la inamovilidad que se vive en la depresión como algo propiamente femenino, y que podemos ligar a la idea de Solomon (2001) de la vitalidad como opuesto de la depresión.

Se hace evidente en el discurso de Juan cómo esa falta de vitalidad es lo opuesto a lo que el discurso de género ha caracterizado como masculino. Para él, la depresión implica estar en un estado femenino, un estado en el que aflora una parte de él que va en contra de lo que se espera socialmente por ser hombre. Podríamos decir que la depresión lo hace estar en un “estado femenino”, ya que para él implica una imposibilidad para moverse. Resalta que este tipo de identificaciones de género no representan un problema para las participantes femeninas, o por lo menos no al punto de ser un tema importante a tratar en psicoterapia, tal como es el caso de Juan.

En concordancia con las ideas anteriormente expuestas de Torres (2007), para los hombres el discurso de género que se construye alrededor de la masculinidad resulta dañina, ya que elimina del imaginario la posibilidad de que los hombres tengan un espacio en su vida en el que puedan sentirse tristes, que para Juan implica caer en un estado de pasividad propio de la depresión o de la condición masculina, y que le hace sufrir por el hecho de sentir que lo femenino que existe en él le resta vitalidad.

Hernando (2000), señala cómo históricamente se han atribuido a la mujer roles afectivos y expresivos, que tiene como finalidad el logro de una respuesta emocional en el otro, mientras que los hombres obtienen roles instrumentales, que pretenden trascender la interacción inmediata con un otro.

Al tener esto en cuenta, no cabe duda que Juan sienta un quiebre en su identidad masculina al experimentar los síntomas de la depresión, que tal como él mismo menciona, afectan su rendimiento y el logro de sus objetivos. Frente a esta pérdida de

empoderamiento, su identidad recibe nuevamente un golpe al no sólo sentir que ha fracasado, sino que se encuentra experimentando sentimientos que lo despojan de su masculinidad, hasta el punto de dudar incluso de su sexualidad. Esto requiere un gran trabajo terapéutico, posterior a la depresión, en búsqueda de la integración de sus aspectos femeninos y sus síntomas *pasivos*, que asocia a lo *femenino*.

Encontramos, a su vez, que este discurso de género que ve a la depresión como femenina, genera una gran molestia en aquel que la padece, ya que se le otorga un significado asociado no sólo a la pasividad sino también a la debilidad (asociada tradicionalmente a la mujer). Esto se hace visible en los siguientes extractos:

Valeria: Es un miedo de que el paciente se entere de que tú eres un ser humano, y... para mí el significado es ese, o sea es saber que soy humana y saber que... que tengo partes frágiles y eso a mí me da como no, resquemor pues, es como ‘no, yo no puedo ser frágil, yo tengo que ser fuerte, yo tengo que ser’...no sé si es el aprendizaje de vida, no sé si es que yo la vida la he vivido así pero yo trato como de no mostrarme mucho y decir que tengo depresión significa para mí mostrarle al mundo que sí, que puedo caerme en cualquier momento y eso no me gusta (224).

Carolina: Hay una percepción de que las mujeres somos débiles y entonces es mucho más jodido cuando uno está deprimido (971). (...) ¿Qué significa ser mujer y estar deprimida? o sea es lo mismo que ser hombre y estar deprimido, lo que pasa es que la idea de que ‘porque soy mujer soy más sensible, soy más débil’, es como coño de tu madre, o sea me da arrechera la idea de que por ser mujer soy una persona débil, y más porque soy mujer y tengo depresión (978).

En síntesis, podemos afirmar que el género y los significados culturales asociados a él, contribuyen en gran medida a dar forma a la manera en que se vive la depresión, y crea diferencias importantes en la subjetividad entre hombres y mujeres.

En concordancia con lo encontrado en las entrevistas, el discurso de género produce un malestar en el hombre, asociado a la pérdida de su masculinidad y la necesidad de replantear su identidad tomando en cuenta aspectos femeninos, que no necesariamente eran tomados en cuenta, antes de tener una experiencia con depresión. Por otro lado, en el caso de las mujeres, el malestar proviene de sentir que los significados asociados a su género las predispone a la depresión, ya que los significados asociados a la feminidad, se asocian a su vez a la depresión.

Otra fuente de malestar pareciera ser la conexión con los sentimientos. Así sea que los rechacen, o los vivan de forma muy profunda, pareciera ser que éstos son determinantes en la manera en que se vive la depresión, y que produce cambios en las subjetividades de las mujeres y los hombres.

Emocionalidad: lo femenino

En el caso de las participantes femeninas, tal como señala Torres (2007), no sufren del mismo malestar que Juan. Para ellas resulta mucho más fácil conectarse con los sentimientos depresivos, con la tristeza o con la falta de vitalidad, a pesar de que ello les cause un gran sufrimiento. Valeria realiza una afirmación que permite ilustrar esta idea:

Valeria: Las mujeres estamos más conectadas con nosotras y el hombre está más conectado con el afuera. Entonces es como coño, tú empiezas a sentir, o sea ¿sabes? Tú te sientes como pesado y tenemos un tema que creo que nos ayuda mucho que es la menstruación, que tú sabes cuándo te sientes, cuando te vas a sentir triste en una menstruación y tú lo sabes y tú dices, ‘coño, es que yo sabía que esto iba a venir’. Y como que tú te das cuenta de tus cambios hormonales, y creo que los hombres no lo viven de esa misma manera entonces es como bueno sí, esto es distinto, o sea la pesadez, el cuerpo (518).

Esta idea concuerda con el discurso de género tradicional, y con los hallazgos de múltiples investigaciones de género, donde la identidad de género de la mujer se caracteriza por una conciencia de necesidad afectiva (o de mayor posibilidad de conexión con el mundo de lo emocional), que no se reconoce de la misma manera en los hombres (Hernando, 2000). De allí que exista mayor prevalencia de la depresión en mujeres (Stoppard, 2000; Nolen-Hoeksema, 1987; Larson y Grayson, 1999; Cova, 2005; Sosa 2014, Hernández, 1996; Lartigue, de la Cerda y González, 2002), debido a que tienen una mayor disponibilidad a experimentar dichos síntomas, y a buscar ayuda de otros, que además están en sintonía con los discursos asociados a su género.

Esta emocionalidad, que está más presente en mujeres que en hombres se suele asociar culturalmente a los significados que tienen trastornos como la depresión (por ser un trastorno afectivo), y se interpreta como una predisposición de la mujer a sufrir de una enfermedad mental o como una característica que las hace débiles, dependientes, o

pasivas, como hemos visto anteriormente. Al respecto, Miller et al. (2010) afirman lo siguiente:

En la teoría tradicional, la capacidad de la mujer para expresar las emociones más libremente y su mayor atención a las relaciones daba por resultado una patologización de la mujer y la asignación de categorías como “histéricas” o “demasiado dependientes” (p. 151).

Podemos ver en nuestros participantes, cómo esta patologización de lo emocional, visto como una característica exagerada en las mujeres, puede llevar a pensar que ésta es la razón por la que en el imaginario social, la mujer por sus características naturales tiene más probabilidad de deprimirse. Encontramos en nuestros participantes, que éste es un tema crucial en la vivencia de la depresión, ya que al sentir que ello puede predisponer al padecimiento de dicho trastorno, optan por negar el aspecto emocional (que se asocia a lo femenino) de ellos mismos, en un afán por evitar los sentimientos que ven como depresivos, tal como podemos ver en los siguientes discursos:

Juan: Entonces yo, personalmente estoy en un proceso de desarrollar y de sacarle provecho a mi condición de hombre, de emprender y de luchar y luchar y luchar y luchar. Que estaba opacado por todo esto, porque había una tendencia al sentimentalismo, que es algo absolutamente femenino (2682).

Valeria: Aceptarme que yo puedo ser, que yo puedo volver a caer en una depresión también está en proceso, pero concebirme a mí misma más allá de cómo me concebía antes, mira sí, creo que me veo un poco más frágil, solo que no lo doy a ver a los demás (390).

Esta negación de lo sentimental, o de la emocionalidad que puedan sentir en un momento dado (incluso luego de estar en remisión de los síntomas de la depresión) podemos comprenderlo al tener en cuenta el discurso asociado al género, o el discurso cultural en el que la tristeza, y por lo tanto el contacto en general con las emociones, está patologizado (Emmons, 2010; Hernando, 2000; Miller et al., 2010).

Smith (1999) hace un recorrido a través de las vivencias que tuvo al ser un hombre con depresión, en ellas resalta una entrada interesante, en la que se ve en la circunstancia de tener que acudir al psiquiatra, que plasma cómo la emocionalidad es rechazada y es vista como femenina:

Cálmate. No deberías estar aquí. Los hombres no piden ayuda por estas cosas *suaves y débiles*. Sí, se suele leer que las mujeres se deprimen, pero

los hombres no, nunca. Los *hombres* tratan con estas pequeñas cosas ellos mismos. Los *hombres* no sienten de esta manera. Los *hombres* de verdad, no lloran. No sufren. Simplemente no lidian con las emociones (p.274).

Como podemos ver, la vivencia de este autor se vió afectada no sólo por el discurso asociado a la masculinidad, sino porque los significados asociados a ésta le impiden vivir sus emociones de manera natural, sintiendo que debe reprimirlas. Debido a que lo masculino es tradicionalmente visto como activo (Hernando, 2000; Miller et al. 2010; Torres, 2007) la emocionalidad se vive como algo que hay que reprimir u ocultar, por ser algo *suave* o *débil*.

En síntesis, la vivencia de las emociones nos permite comprender cómo la experiencia con depresión cambia entre hombre y mujeres, siendo que a ellas se les hace de alguna manera más fácil vivir con la depresión, ya que es congruente con la construcción que han hecho de sí mismas llevadas por el discurso social. Dicho discurso genera en los hombres, por el contrario, una necesidad de suprimir sus emociones, lo que dificulta aún más su experiencia.

Sin embargo, si bien en el caso de las mujeres muchas veces se considera que la emocionalidad las *predispone* a la depresión, también puede ayudarlas a salir de ella, esto es algo que nuestras participantes pueden apreciar en cuanto a su propio proceso depresivo:

Valeria: No sé si es que las mujeres nos deprimimos más, no sé si es, no sé, pero para mí creo que me ayudó a salir del proceso ¿no? Creo que... porque me di cuenta que estaba en un proceso y que sabía que no era fácil estar en ese proceso, o sea yo he conocido hombres deprimidos y ellos no se dan cuenta. O sea por lo menos es lo que he vivido yo, mi experiencia ha sido como ‘¿y tú no te das cuenta de que estás deprimido?, o sea mira lo que te está pasando’. Y para ellos no, o sea no, no, no, y yo me quedo así como que es obvio ¿no? Y en cambio he conocido mujeres que han sido diagnosticadas y es como es muy fácil darte cuenta pues, o sea tú lo sientes (503).

Tal como afirman Miller et al. (2010): “Se aborda la cualidad femenina para las relaciones y las actividades (aunado a la *emocionalidad*) como una potencial fortaleza que tiende vías hacia un crecimiento y desarrollo sanos” (p.151). Por ello, consideramos

que mirar dentro del proceso de recuperación de nuestros participantes resulta importante para poder tener una comprensión global de sus experiencias.

Proceso de recuperación

Necesidad de comprensión y conexión

Mi jefa y mi otra jefa fueron mis acompañantes... y creo que eso a mí me hacía como... para mí como la imagen siempre ha sido como partes rotas que han ido como acomodando y eran ellos los que me acomodaban ¿no? Yo no podía mucho, no, y eso me ayudaba mucho
(Valeria, 480).

Al igual que lo encontrado por Karp (1994), todos los participantes llegaron a pensar en algún punto que algo estaba muy mal con ellos, experimentaron un malestar distinto a lo que es común en las personas. Esto los llevó a buscar soluciones para detener la depresión. En este apartado se pretende explorar el conjunto de elementos que ayudaron a los participantes a sobrellevar el sufrimiento, así como las creencias asociadas en torno al tratamiento. Encontramos que en todos se evidencia una clara necesidad de buscar ayuda para detener el sufrimiento insoportable que vivían.

Siguiendo a Lewis (1995), parte del problema es que las personas que se sienten deprimidas, muchas veces no pueden dar razones de su situación, por lo que a experiencia está teñida de una dificultad para definir lo que se siente, y por tanto, eso ocasiona una limitación en la persona para dar a entender la depresión para sí mismo y los demás. Al respecto, Karp (1994) señala:

Una paradoja de la depresión, entonces, es que los que la sufren anhelan conexión, se sienten privados de su aislamiento y, sin embargo, se vuelven incapaces de estar con los demás. Junto con las grandes dificultades de comunicar sus sentimientos de depresión, los encuestados optaron por mantener su sufrimiento privado (p.18)

Karp (1994), plantea que uno de los dilemas que poseen las personas que pasan por depresión es si mantener su condición como algo privado o hacerlo público, precisamente por la complejidad que hay detrás del sentirse deprimido y las implicaciones que podría tener en la vida de la persona. “El momento en que una nueva categoría se

vuelve pública es una solidificación definitiva de una nueva identidad para una persona” (Karp, 1994, p.17). Por lo que las personas normalmente no anuncian públicamente hasta que están seguros de adoptar el nuevo status de su identidad.

No obstante, en el caso de los participantes de esta investigación, a pesar de que en algún momento pudieron haber tenido este dilema, todos terminaron por hacer pública su situación, al menos en su núcleo familiar, y buscar apoyo en los otros. Esto refleja que detrás de esta decisión hay una necesidad por parte de los participantes de entender su propia condición, aunado a la búsqueda de relaciones estrechas y significativas, en las que haya un reconocimiento o validación de su sufrimiento. Los siguientes fragmentos de Valeria y Lila reflejan esa necesidad:

Valeria: Fue muy duro reconocer que necesitaba ayuda también, y que no solo era Mariana, mi psicóloga, la que estaba allí sino buscar amigos y eso también me costaba muchísimo, o sea decirle a la gente ‘mira estoy deprimida y mira me siento mal’ y que la gente entendiera que yo podía estar deprimida era muy... a mí me parecía lo más terrible que me podía pasar en la vida, porque en parte yo soy psicóloga entonces era como ‘si tú eres psicólogo, cómo te vas a deprimir’ ¿no? (63).

Lila: Y yo muchas veces buscaba artículos sobre estas cosas pues, especialmente buscaba artículos sobre experiencias de otra persona, no tanto artículos de estudios y vaina porque no, muchos no los entendía tampoco (risas), pero muchas personas que si con blogs y eso, hablaban de sus experiencias, y muchas casos decía “coye, esto explica más o menos lo que me pasa a mí”. Y apenas lo leía se lo enviaba a él (exespos) que si por un WhatsApp, que si “mira, conseguí este artículo”. Y de hecho también lo hacía con mi familia, por el grupo de la familia también lo hacía y que “miren quería que sepan, leí este artículo que me pareció muy fino para mí, si lo quieren leer para tener tipo una idea de por lo que estoy pasando, fino” (1508).

Mediante estas citas es notorio que, parte de lo que los participantes buscaron hacer en aras de su proceso de recuperación fue reconocer y buscar apoyo por parte de las personas cercanas. La teoría relacional-cultural sugiere que todo el crecimiento ocurre en conexión, que todas las personas desean estar conectadas y que las conexiones que fomentan el crecimiento se dan por medio de mutua empatía y atribución de poder (Jordan y Hartling citado en Miller et al., 2010). Asimismo, Lewis (1995) señala que algo que

ayuda a la persona deprimida es el validar la experiencia que padece, tanto por otros como por sí mismo, lo cual puede reducir el miedo y el sentimiento de soledad.

Valeria destaca que fue difícil buscar a otras personas además de su terapeuta, puesto que ella menciona que solía ser una persona que ocultaba mucho sus sentimientos, y en este caso tenía miedo de ser juzgada por deprimirse, lo cual probablemente incrementó el silencio de su problema. A pesar de ello, lo interesante es que a partir de vivir la depresión reconoce que algo que le ayuda a sentirse mejor es expresar a otros sus sentimientos, como se evidencia en esta cita:

Valeria: Yo tengo una mejor amiga que la conozco de hace como 20 años, y en la vida a mí se me ocurrió durante todo el proceso depresivo decirle, ‘Mari me siento mal’. Ahora, o sea cualquier cosa que me pase que sea significativo para mí, yo lo primero que hago es compartirlo, no tanto por ella sino por mí, porque yo necesito sacarlo y ahí está ella y creo que eso me ayudó mucho eh... me ayudó a contactar al otro más allá de mí misma, es como no estar sola, es la sensación que quedó después de todo lo que pasé, no estar sola (414).

Igualmente en el caso de Lila, puesto que ella busca hacerle entender a su familia cómo se siente para recibir apoyo de su parte. A su vez, ella destaca que una de las relaciones que más la ayudó fue la de su nueva pareja, que a diferencia de la anterior, la hace sentir valorada y escuchada.

No obstante, simultáneamente al proceso de buscar apoyo en las personas del entorno cercano, los participantes también sintieron la necesidad de buscar ayuda profesional, como es visible a través de los siguientes fragmentos:

Lila: Y ese día de verdad, llegó un punto y le dije: “Emanuel, de... de verdad me quiero morir, o sea me quiero morir, o sea no no, no quiero estar aquí. Esto es horrible”. Bueno él no lo supo afrontar. Y él las veces que me había escuchado decir eso, él nunca me volvía preguntar (...) Al día siguiente yo decidí que, mira, tengo que buscar ayuda, o sea tengo que buscar ayuda, o sea esto ya llegó a niveles que no estoy entendiendo, y yo no me... Y o sea, me di cuenta que mi esposo no me podía ayudar, y él siempre fue como, por muchos años mi roca, pero me di cuenta que ya mi roca no estaba. Y dije nada, bueno o sea, mi familia no me va a ayudar, mi papá no está. Nada, necesito ayuda profesional (1199).

Carolina: Tengo una amiga que su mamá también se murió y un día que me vio llorando de la nada ella me dijo como ‘Caro, ¿a tí te ayuda ir a tu psicólogo?’ y yo y que ‘bueno, sí, no sé’, o sea, como que no estaba segura y me metió eso en la cabeza de ‘yo creo que tú necesitas más ayuda, porque no puede ser, no puede ser que tu estés así’ y eso me hizo reaccionar también de, es verdad, yo tengo ayuda, o sea lo que estoy haciendo debería ayudarme pero yo sigo igual, yo tengo no sé, mucho tiempo así, tres, cuatro meses pasé o sea es que estaba muy mal, y bueno fue así como yo misma me puse y le dije ‘papá yo necesito un psiquiatra’ (694).

Algo que estos fragmentos tienen en común, es que se observa en primer lugar, una necesidad de aliviar el malestar por parte de los participantes, y en segundo lugar, el necesitar comprensión del mismo, tanto por parte de sí mismos, como de los demás, por lo que directamente buscan a un especialista que pueda atender estas necesidades.

En el caso de Lila, ella se da cuenta que, aunque no comprende completamente por lo que está pasando, no es normal. A su vez, ella busca apoyo de su esposo en reiteradas ocasiones, lo cual sin querer genera más tensión en la relación de pareja de ese momento y más distanciamiento de parte de ambos. En consecuencia, Lila decide buscar ayuda profesional.

En el caso de Valeria y Carolina, ambas ya se encontraban en psicoterapia antes de llegar a deprimirse. No obstante, el impacto de la depresión para ambas fue tal que toman la alternativa de ir a un psiquiatra. Para Valeria, fue una recomendación que vino por parte de su psicóloga, más eso no hizo menos difícil para ella el tomar la decisión de contactarla. Para Carolina, fue una decisión que surgió a partir de notar que la ayuda que estaba recibiendo no le estaba beneficiando.

Juan, hace referencia a que él había intentado con varias alternativas, sin encontrar una con la que sintiera mayor progreso en su recuperación. Su caso refleja, no sólo la necesidad de querer detener el sufrimiento que trae la depresión, si no, la necesidad de ser escuchado, validado y comprendido por el profesional. Esto se ilustra mejor en sus palabras:

Juan: La cuestión médica, sí yo no dudo de su capacidad y sus conocimientos, pero una relación de yo allá, tú acá, médico, paciente. Yo soy el médico, yo soy el que sé y usted es el paciente pasivo, quédese ahí y usted cállese y escuche, entonces no... era como que la vaina, yo digo como que bueno, le pagué la factura al tipo, hoy va a poder comer y pagar

la luz y la vaina y yo así como que, ‘coño pana estoy resolviéndole el tema a él y él no me está resolviendo el peo a mí, esto no tiene sentido’ (risas) (2197). (...) ‘Doctor, no me siento bien, me siento fatal’ y es un tipo que lo que está viendo es unos exámenes y te dice ‘los resultados dicen que todo está bien’, bueno me sabe a mierda lo que digan los resultados, yo no me siento bien (2175).

Observamos que, para Valeria y Juan el vínculo con el terapeuta resulta crucial. Esto puede vislumbrarse en los siguientes extractos:

Valeria: Ir a terapia para mí era como lo máximo ¿no? Era como tener alguien que me escuchara y escuchaba todo lo que yo estaba diciendo sin necesidad de juzgarme (59).

Juan: Es importante para una persona que está pasando por ese proceso sentir esa cercanía, saber que en verdad no estás solo. Miranda siempre, siempre que vamos saliendo me agarra del hombro. Siempre hay contacto. “¿Vamos bien Miranda?”. “Vamos bien” (2829).

Lo que reportan los participantes permite visualizar la importancia que tiene establecer una alianza terapéutica, que se caracterice por los elementos destacados por Bordin (citado en Andrade, 2005), tales como; la empatía, la confianza mutua y la aceptación. De esta forma, los participantes se sintieron escuchados y comprendidos al hablar de sí mismos, lo cual generó que tuvieran un espacio seguro para poder hablar y entender su vivencia, con lo que se sintieron mejor.

Cambios a partir de la experiencia de depresión

Me hizo ser una persona más empática. Y me hizo ser una persona que analiza mucho, desde un punto de vista muy sentimental, y yo siento mucho, o sea yo soy una persona muy sensible
(Lila, 1932).

La depresión me hace más consciente de mis emociones y de las emociones de los demás. Entonces... eh... digamos esto de quitarle el dolor, de sacarlo por la ventana y olvidarme sé que algo que no puedo hacer, se que es algo que tengo que tener encima, que si yo estoy triste tengo que estar triste y pasarla mal si tengo que pasarla mal, pero lo entiendo como algo que eventualmente me va a ayudar como me va hacer más fuerte

(*Carolina, 807*).

Tal como hemos puntualizado anteriormente, encontramos que la emocionalidad es vista tradicionalmente como algo que puede predisponer a la depresión. Esta es una noción que puede encontrarse en muchas investigaciones acerca del fenómeno de la enfermedad mental (Emmons, 2010; Miller et al., 2010). Sin embargo, hallamos que para nuestros participantes, la depresión es una vivencia que los acercó al contacto estrecho con sus emociones, a comprender de dónde vienen éstas y a reconocerlas para poder regularlas.

Tal como afirma Valeria, para ella la depresión fue un proceso de aprendizaje, que si bien la hizo sufrir mucho, podríamos decir que le dejó una vivencia positiva, como podemos ver cuando dice: “El proceso depresivo en ese aspecto de me dio a conocer una parte de mí que yo no conocía” (285).

Es interesante ver esta nueva faceta de la depresión, que no es tomada en cuenta en otras investigaciones. Nuestros mismos participantes habían hablado de la emocionalidad como algo negativo, o como algo que los hacía sufrir y que debido al gran contacto con sus emociones o, por el contrario, por su afán de aislarlas, la depresión se hizo especialmente difícil. Eso es algo que, como investigadoras, esperábamos escuchar. Sin embargo, nos sorprendimos al escuchar cómo para estas personas eso que los hizo sufrir, que los hizo sentir una tristeza que va más allá de las palabras, no sólo se intensificó con su experiencia con la depresión, sino que fue un aprendizaje y un añadido sanador a su visión de sí mismos.

A pesar de que la emocionalidad tradicionalmente se asocia a la pasividad, la dependencia es vista en las teorías feministas como un factor que fomenta un sano desarrollo de la identidad en las mujeres, tal como afirman Miller et al. (2010): “Si se reconoce el valor facultativo que tienen las relaciones para las mujeres, la dependencia aparece como un paso positivo en la vía hacia el crecimiento y desarrollo sanos (p. 152).”

Podemos ver que en el caso de nuestros participantes, esa dependencia, o necesidad de relacionarse con un otro y estar en contacto con las emociones propias y las de los demás, se ve aumentado por su experiencia con depresión. Sin embargo, en el proceso de narrar su vivencia, se hizo evidente cómo esa depresión los acercó a un mundo que No conocían de sí mismos, y que actualmente pueden ver como algo positivo que quedó luego de esta vivencia; así como algo que sirvió como una vía de sanación luego de su proceso depresivo:

Valeria: Creo que aprender a elaborar el duelo, concebirme como bueno sí, o sea en algún momento vas a volver a caer, que no es una depresión lo que te va a dar. Bueno, sí, pero vas a estar triste. Yo puedo estar triste. Puedo, puedo caerme, puedo fracasar de alguna manera, pero puedo seguir y creo que eso me ayudó mucho. O sea, el proceso como tal me ayudó mucho en eso en poder verme a mí misma como alguien que se puede levantar que es capaz de levantarse, que no me voy a morir porque esto pasó (380).

Lila: Yo ahorita me siento... sé que tengo mis defectos, tengo mucho que trabajar en mi autoestima todavía. Todavía hay muchas cosas que no están perfectas, o sea que sí tengo que ir trabajando, pero lo bueno es que sé que las puedo trabajar y sé que lo voy a hacer bien. Y sé también que siempre voy a cometer errores, siempre voy a tener cosas que no van a ser cien por ciento buenas, pero eso no significa que yo soy una basura, ni que no debería vivir, nada qué ver. Yo ahorita soy una novia muy buena, apoyo a esta persona que me ha apoyado tanto por mil maneras, apoyo a mi equipo de trabajo, apoyo a mi jefe, apoyo a mi familia y a cada persona que me viene a pedir ayuda la apoyo y estoy ahí sin chistar, y me encanta. Y eso muy pocas personas lo hacen y por eso me siento como una persona muy muy muy valiosa. Y me encanta, porque nunca me había sentido así, en 29 años nunca me había sentido así (1895).

Impresiona ver a la depresión desde esta nueva faceta. Si bien es cierto que tuvo un gran impacto en la identidad de los participantes y que dejó en ellos huellas muy dolorosas, podemos verlo ahora como una experiencia que justamente por hacerlos más *sensibles, emocionales o frágiles*, los ayudó a comprenderse a sí mismos, a reponerse luego de vivir la tristeza, y a ver la tristeza como un proceso natural, que en muchos casos debe vivirse sin intentar desecharla o alejarla. Esto lo podemos ver claramente en el discurso de Valeria:

Valeria: O sea es como saber ver a quién le dices las cosas y cómo decirlas y antes no me pasaba, antes yo trataba de guardar mucho mucho mucho más y ahora me expongo un poco más. Y he buscado como maneras de exponerme que no revistan, sí o sea el daño que me puedan hacer por exponerme. Entonces es como bueno, no sé ahí hay cosas que yo no hubiese hecho antes, pero ahora hago teatro, antes en la vida se me

hubiera ocurrido hacer teatro en la vida, o sea no, este... ahora ya llamo a mis amigos y les pido ayuda, antes en la vida se me hubiese ocurrido decirles (408).

Se hace evidente un antes y un después de la depresión, que marca una gran diferencia en sus casos de cómo se manejaban en ambientes sociales y cómo manejaban sus emociones, que ha generado cambios positivos en sus vidas, como en el caso de Valeria iniciar una actividad que antes no se hubiera planteado hacer. En el discurso de Lila también podemos ver este cambio:

Lila: Yo siempre fui muy retraída, o sea yo siempre fui de encerrarme en el cuarto y escuchar todo y sentirme miserable y no contárselo a nadie (1671). Eso empezó ya a (la experiencia con depresión), siento yo, a consolidar ciertas cosas en mi personalidad, buenas y malas. Yo siento que soy una persona muy empática, o sea yo de verdad puedo hablar con una persona, y tal vez no la voy a entender cien por ciento porque eso sería muy arrogante de mi parte, pero sé que mi cerebro va a ser mi mayor esfuerzo por de verdad entender a esa persona y saber cómo la puedo ayudar, así sea una persona que conocí hace tres semanas o una persona que conozco de hace toda la vida (1659).

Podemos ver un cambio significativo en su discurso, al hablar de sus relaciones con los demás que la rodean, y en su disposición para conectar con ellos, que es llevada por una mayor sensibilidad y empatía. Para ella, su experiencia con depresión significó volverse más empática y abierta a experimentar las emociones, buenas o malas, lo que ella considera que la ha vuelto mejor persona y la ha abierto a nuevas relaciones.

Esto también se puede observar, en el discurso de Juan, quien a pesar de ver a lo femenino o sentimental como algo que fomenta la falta de vitalidad de la depresión, puede integrar en su visión, que son aspectos que lo han ayudado en su dificultad para relacionarse:

Juan: Sí, ha dominado el sentimentalismo, inclusive hasta el romance, esa vaina toda romántica medio jeva, como dicen. Sí, también. Tampoco quiero que desaparezca, porque es una energía que te abre al detalle, a la sutilidad. Es útil también ¿me entiendes? Por ejemplo, si eres totalmente masculino a la hora de relacionarte con una tipa bueno, depinga si le gusta así, pero es chévere que estés con una chica y puedas comprender otras

cosas más allá, ver más allá de ella, de que tiene un culazo y tiene un par de tetas ¿entiendes?, cosas así (2757).

Podemos ver que integrar estos aspectos de sí mismos, que antes de la depresión no eran capaces de ver, es algo que puede ayudar no solo con sus síntomas, sino a tener relaciones más satisfactorias y estrechas (Miller et al. 2010). Estas relaciones, luego de la depresión, se ven marcadas por la sensibilidad que han desarrollado los participantes, que les permite conectar con los demás a través de compartir su propia experiencia, o a través de la empatía que han desarrollado luego de la depresión, que los acerca al otro, y les permite comprender las experiencias de los demás.

No sólo sienten que tienen ahora habilidades que antes no tenían, sino que su visión de la depresión en sí ha cambiado, ya que a pesar de sentir que podrían volver a deprimirse o pasar por un proceso de tristeza profunda, la vivencia no sería tan difícil como esa primera depresión. Esta idea parece provenir en los participantes del hecho de sentir que esta nueva conexión con el mundo emocional, los ha ayudado a regular sus emociones, que se puede observar en el discurso de Valeria y de Carolina.

Valeria: Y bueno todo el proceso depresivo para mí ha sido como darme cuenta de dónde puedo pisar y dónde no, o como puedo andar en el mundo sabiendo que, bueno que sí, que me puede pasar que me puedo sentir mal y no pasa nada (397).

Carolina: En mi vida es un, no sé, supongo que una herramienta, ¿no? O sea aprendí pues, aprendí a los coñazos pero lo aprendí y ya, esto, lo que me pasó específicamente en ese episodio de este hombre ya eso a mí eso no me va a pasar, y no ha pasado, y he estado en relaciones casuales y me puedo poner triste si se acaban y yo quería que continuaran pero ya no me afecta como me afectó Javier. Es como bueno, me afecta tres días, una semana, dos meses y puedo seguir con mi vida y no me afecta como de esa... de esa ansiedad, jamás, jamás volvería a caer ahí (818). (...) Yo siento que eso es lo que la depresión me ha dejado, o sea que puedo estar consciente de que las cosas pueden, que puedo tener un dolor en mi vida y... y convive con digamos las visiones racionales (884).

Para las personas que atraviesan la depresión, una de las principales dificultades es poder atribuirle un significado a su experiencia, por lo que su identidad se ve deteriorada (Karp, 1994). De hecho, este es uno de los principales motivos que acercó a los participantes a buscar ayuda mediante un proceso terapéutico. A su vez, la necesidad

de vínculo y comprensión por parte del otro, pareciera que convive con esa necesidad del significado, lo que aunado a las experiencias y sensaciones que se tienen al vivir de depresión, constituyen la gran dificultad de vivir este fenómeno.

Esa gran necesidad de un significado, la podemos observar en la autora Elizabeth Wurtzel (1994), cuando dice: “Eso es todo lo que quiero en la vida: que este dolor parezca útil” (p.42). Esto es lo que parece suceder también en nuestros participantes. Esa necesidad de dar un significado a su experiencia con depresión parece verse satisfecha cuando ellos logran integrar dicha experiencia y ver que muchos de los cambios que se han generado en ellos a partir de su depresión, les han dejado cosas positivas y les han permitido tener experiencias emocionales nuevas. A través de estos cambios, de esta nueva manera de verse a sí mismos, le dan un significado a la depresión y ésta parece tener un propósito en sus vidas.

Discusión

De acuerdo a Suárez, del Moral y González (2013), en investigaciones cualitativas, la discusión sirve para brindar respuesta al problema de investigación, tomando en cuenta lo encontrado en las investigaciones preexistentes. A su vez, Gilgun (2014) plantea que se debe discutir acerca de problemáticas o cuestionamientos que hayan surgido al momento de abordar los fenómenos de investigación. Por consiguiente, a continuación procedemos a desarrollar estos aspectos, en torno a tres temáticas: lo metodológico, el discurso teórico asociado a la depresión, y el ámbito de tratamiento de la depresión.

Lo metodológico

A continuación desarrollaremos algunas consideraciones metodológicas, que consideramos fueron importantes al momento de contactar y entrevistar a los participantes, que nos permitieron a las investigadoras tener una mayor cercanía con ellos, y fueron relevantes para la investigación. Una primera consideración a problematizar surge del proceso de contactar a los participantes, en el cual, la primera aproximación a presentar nuestra investigación no fue realizada por nosotras, si no por un psicólogo de confianza del participante, o por su psicoterapeuta.

Este aspecto es relevante, ya que, a pesar de que previamente realizamos una reunión con estos psicólogos para presentar la investigación, proporcionando el anteproyecto escrito y un guión para la invitación de los participantes, no sabemos si estas pautas fueron seguidas por los psicólogos al primer momento de comunicar la investigación. Desde nuestro punto de vista, consideramos que el hecho de que hayan sido personas de confianza para los participantes fue un aspecto crucial que determinó la aceptación a la invitación, así como el contacto posterior y la cercanía con ellos. Esto nos permite subrayar la importancia de tener una relación de confianza con los participantes, en la que sientan que sus narraciones son protegidas y tratadas con el debido cuidado, lo cual es visible en las próximas consideraciones.

Un segundo aspecto metodológico a considerar, fue el primer contacto personal con cada participante, el cual se realizó mediante una llamada telefónica. En éste, se hizo una breve presentación de las investigadoras, mencionando el nexo que teníamos con el psicólogo que le había contactado inicialmente. A su vez, se explicaron los objetivos de la investigación y se enunciaron los aspectos éticos a considerar, dejando espacio para

preguntas que pudiesen tener los participantes. Esta llamada resultó importante ya que permitió esclarecer dudas e inquietudes que podrían presentarse en los participantes, lo que ayudó a generar un clima de confianza con ellos.

A su vez, permitió exponer el tema y los objetivos de la investigación. En esta llamada y a lo largo de las entrevistas, se enfatizó en que ellos tendrían un rol importante en producir los hallazgos de la investigación, lo que les permitió sentirse parte de ella. Esto resultó un hecho de relevancia, ya que permitió que los participantes se interesaran en la investigación y en poder aportar al conocimiento acerca de esta temática.

Aunado a lo anterior, y en tercer lugar, al momento de la entrevista, realizamos una presentación un poco más detallada de la que fue dada por la llamada, en la cual, enunciamos algunos datos personales, el proceso de cómo llegamos al tema de investigación y nuestros motivos e intereses en el tema. Un aspecto personal que se mencionó fue el hecho de que una de nosotras había pasado por un episodio de depresión mayor. Esto ayudó a tener una mayor cercanía con los participantes y a que ellos se sintieran en un ambiente de confianza en el cual exponer su historia.

En cuarto lugar, otra consideración metodológica fue el uso del consentimiento informado. El objetivo de la investigación implicaba hablar de aspectos profundos para los participantes, y algunos de ellos mostraron preocupación por cómo se llevaría el manejo de la información de la entrevista. Consideramos que realizar este contrato antes de la entrevista, el cual contenía los objetivos, así como los aspectos éticos (permiso para grabar la entrevista, anonimato para el participante, libertad de retirarse en cualquier momento de la investigación, libertad para elegir lo que quería hablar, entre otros), aportó a establecer una mayor confianza con los participantes.

Consideramos que todos estos aspectos mencionados permitieron minimizar la brecha existente entre nosotras y los participantes. Además, esta perspectiva más cercana y “desde dentro” del fenómeno dio paso a generar un conocimiento significativo acerca del problema de investigación (Creswell, 2007).

Discursos acerca de lo depresivo

La pregunta que titula esta investigación: “¿Soy depresivo o estoy deprimido?” surgió de escuchar testimonios de personas que habían pasado por un episodio depresivo, así como la experiencia de la propia investigadora, y la manera en que es narrada esa

experiencia. Esta pregunta nos llevó a cuestionarnos si estas personas se definían como *depresivas*, o si por el contrario, consideraban que simplemente habían pasado por una experiencia con depresión.

La aproximación a entender este fenómeno tuvo en cuenta diferentes posiciones teóricas, como las clásicas psicoanalíticas (Bleichmar, 1980; Freud, 1917; Grinberg, 1988), perspectivas feministas (Miller et al., 2010; Torres, 2007) así como perspectivas posmodernas que toman en cuenta la subjetividad de cada persona para entender su experiencia (Emmons, 2010; Herrero y Botella, 1998; Karp, 1994; McAdams, 2001; Lewis, 1995); incluso autores que narran su propia vivencia en torno a la depresión (Karp, 2006; Solomon, 2001; Styron, 1990; Wurtzel, 1994).

En torno a la experiencia de nuestros participantes, encontramos que ésta puede comprenderse desde antes de ser diagnosticados, y se extiende hasta mucho después de la remisión de sus síntomas. Esto se debe a que su narrativa de vida previa al diagnóstico comprende aspectos de su self que son asociados a lo que comúnmente se conoce como depresivo. A saber, cierta propensión a sentir la tristeza o el malestar de forma más intensa que los demás, así como un sentimiento de soledad o de no poder conectarse con los otros, que los acompañó durante su crecimiento. En este hallazgo podemos ver cómo la depresión ha formado parte de lo que ellos consideran su forma de ser.

En las teorías clásicas de la depresión, se tiene la noción de que las características de personalidad de las personas pueden hacerlas más propensas a la padecer depresión. A través del discurso de nuestros participantes, hallamos que si bien se identifican con características de personalidad que pudieron precipitar de alguna manera su depresión, ellas van más allá de eso, siendo que los hace sentir como si toda su vida han sido *depresivos*, y que la depresión es algo que los acompañará siempre.

Acercarnos a las experiencias de los participantes dio paso a responder la pregunta que titula esta investigación con una afirmación que refleja lo difícil de esta vivencia, y que como investigadoras nos impactó: la depresión es algo que trasciende el episodio depresivo y se vuelve parte de la identidad de la persona, hasta el punto de afirmar que se es depresivo a pesar de ya no estar deprimido. Esto llega a tal extremo, que los participantes, a pesar de haberse recuperado, ven a la depresión como una enfermedad incurable que los acompaña en su vida y que forma parte de su identidad.

Encontramos por medio de las narraciones de los participantes que el discurso médico, tiene un gran impacto sobre las experiencias de las personas y les da un matiz que puede resultar patologizante y estigmatizante al momento de dar significado a dicha

experiencia. Basándonos en nuestros hallazgos, este discurso lleva a los pacientes a identificarse con categorías de *enfermo* o considerar su experiencia como una *enfermedad*, lo que tiene como consecuencia la idea de no poder recuperarse de una vivencia como la depresión.

Tal como afirma Wurtzel (1994): “Cuando se está crónicamente deprimido, es una pelea para toda la vida evitar hundirse” (p.241). Pareciera ser, que al participar en estos discursos dominantes, y la forma de ver la depresión que se deriva de ellos, las personas que pasan por esta experiencia deben hacer frente a una vida que se define en gran parte por la presencia de la depresión y los significados de enfermedad que se le atribuyen socialmente.

Es importante, a su vez, tomar en cuenta que así como existe un discurso médico asociado a la depresión, existe también un discurso cultural y de género, que contribuye a dar forma a la subjetividad de los participantes. Podemos ver que existe una patologización de la tristeza, que proviene de una tendencia a asociar la vivencia de las emociones con la fragilidad y la falta de vitalidad, características que se ven a su vez como propias de lo femenino (Miller, et al., 2010; Torres, 2007).

Esto genera todo un conjunto de matices en la vivencia que puedan tener hombres y mujeres de la depresión, y a pesar de ser en esencia iguales, éstas cambian debido a los significados que se les asocian dentro de la cultura. Esto produce que en la subjetividad de las mujeres, la depresión se viva como más cercana por su mayor conexión con los sentimientos, lo que genera gran sufrimiento en ellas por ser vistas, (incluso criadas) como frágiles, lo que dificulta el proceso de recuperación y el dar significado a sus vivencias, que se vuelven parte de su identidad.

En el caso de nuestro participante hombre, la vivencia se ve caracterizada por la sensación de una pérdida de su masculinidad, que se asocia con la presencia de lo que se consideran características femeninas que van de la mano con la vivencia de depresión, y lo despojan de atributos que según la cultura deberían tener, como fuerza, energía y vitalidad. A su vez, ven como negativos aspectos de sí mismos (como la emocionalidad) que parecieran tener que dejar a un lado. Al hacer esto, la vivencia de depresión se hace mucho más difícil, ya que en ella la emocionalidad que se trata de suprimir, se ve agudizada y es la principal fuente de sufrimientos.

De esta manera, la depresión se ve estigmatizada culturalmente como una condición de personas frágiles, enfermas, o emocionales a expensas de su vitalidad o fuerza. Esto trae consigo múltiples implicaciones para quienes atraviesan una experiencia

con depresión, ya que al verse inmersos en estos dos discursos dominantes acerca de su condición, adoptan las categorías que culturalmente se usan para describir a la depresión, y éstas pasan a formar parte de la construcción de su identidad.

Como se dijo anteriormente, el vivir la depresión hace que el sí mismo se viva de forma diferente. Ello hace que los participantes vivan su self como fragmentado, por estar enfermo o dañado. La implicación más difícil que tiene esto para su identidad es que sienten que, dado que estas categorías son parte de su self, no pueden despojarse de ellas incluso luego de haber pasado la depresión. Así, sienten que no pueden recuperarse del todo de ella, y viven con un miedo constante en sus vidas de volver a experimentarla.

Habiendo expuesto lo anterior, entendemos que en la historia de la psicología, la misma ha generado distintas formas de comprender al hombre, como afirma Molinari (2003): “La psicología ha producido -de acuerdo a distintas *weltanschauungen* (*visiones de mundo*)- diferentes modelos de hombre, los que a su vez han alimentado la creación de diferentes psicotecnologías” (p.3). Si bien las posturas más tradicionales respondían a la visión del mundo y del hombre de la época que se gestaron, consideramos que estudios como el presente abren un espacio para cuestionar y reflexionar sobre los modelos teóricos y métodos que se han trabajado en este campo. Este estudio permitió aproximarnos a observar los matices y la complejidad de los fenómenos de interés, visualizando una parte que tradicionalmente no era tomada en cuenta.

Miradas respecto a la búsqueda de ayuda en profesionales de la salud

“¿Cuántas historias son olvidadas en el consultorio del doctor? ¿Cuántas escapan? ¿Cuántas se reúnen con sus dueños? ¿Cómo las personas resignifican sus vidas? ¿Cómo me afectará esto a mí?” (Smith, 1999, p.2). Podemos ver en la cita de Smith la preocupación legítima de un paciente que debe encarar un diagnóstico de depresión. Hemos visto que en el proceso de ayudar a un paciente hacia la recuperación, muchas veces se deja de lado su subjetividad para cumplir el único objetivo de eliminar los síntomas (Inostoza, 2007).

Recientemente las investigadoras nos hemos encontrado con nociones de la depresión que se enmarcan en el modelo médico tradicional, y que son ejemplos del discurso médico que causa grandes impactos negativos en las personas que son diagnosticadas. Hemos escuchado a profesionales de la salud hablar públicamente en los

siguientes términos: “La depresión es una enfermedad médica y eso es importante acotar, como cualquier otra enfermedad (...) Es una enfermedad y debe ser tratada como tal” (Rondón, 2018). En esta investigación hallamos, sin embargo, que la depresión difícilmente puede compararse a cualquier otra enfermedad médica, ya que tiene múltiples implicaciones en la vivencia y la identidad de las personas, que hemos visto anteriormente, y que no se tienen al padecer de una enfermedad física y atribuible al cuerpo, y que por lo tanto no debe tratarse de igual manera. Tal como manifiesta la autora Elizabeth Wurtzel (1994), los trastornos mentales son mucho más complicados que cualquier medicamento que una persona pueda inventar.

Este tipo de discursos no sólo generan una comprensión de la depresión que se queda corta en abarcar lo que realmente implica tener una experiencia como esta. A su vez, esta visión implica muchas veces un tratamiento, que si bien puede ser satisfactorio en la remisión de los síntomas y da un acompañamiento psicoterapéutico, puede llevar al paciente a tener una visión fragmentada de su vivencia. Tal como afirma Flores-Guerrero (2004), “La enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo” (p.21), es por ello que es necesario cambiar esta noción que se tiene de la depresión, y propiciar una construcción de significados propios alrededor de su vivencia.

El encuentro con los participantes puso de manifiesto la importancia de comprender lo que entienden por la depresión, la manera en que la viven, y los significados que le atribuyen para poder comprender su experiencia como un fenómeno complejo que va mucho más allá de un cuadro sintomático, un episodio o una enfermedad. A su vez, como investigadoras consideramos que es importante tomar en cuenta esa subjetividad a la hora de aproximarse al tratamiento de los pacientes que sufren de depresión, así como contribuir a desmontar los discursos clásicos que se han elaborado en torno a la depresión.

Quizá como consecuencia del discurso médico de la salud mental, las problemáticas de los pacientes se ven muchas veces desconectadas en sus historias. Los modelos narrativos pueden constituir una herramienta para que las problemáticas clínicas, en vez de figurar como "otra enfermedad más que curar", logren representar una oportunidad de enriquecer la historia vital con información novedosa y útil (Díaz, 2007,p.3).

Como vimos en las experiencias de los participantes, aproximarnos a la subjetividad nos permitió comprender aspectos que no habíamos encontrado en la revisión teórica de la depresión, como los cambios positivos que se pueden vivir a raíz de

ella. Se hace evidente que las aproximaciones que tomen en cuenta las narrativas de las personas y la manera en que viven sus experiencias, puede resultar enriquecedor, no sólo en el ámbito de la investigación, sino también a ayudarlos a darle un nuevo significado y un propósito a su vivencia, en el ámbito terapéutico y de tratamiento.

Nuestra propuesta como investigadoras es tomar en cuenta la experiencia subjetiva de las personas al momento de realizar investigaciones referentes a la salud mental, puesto que este aspecto puede permitir tener un punto de vista más amplio acerca de los fenómenos psicológicos y dar cuenta de cómo el discurso teórico tiene impacto en la realidad.

Igualmente, tomar en cuenta la experiencia subjetiva de la persona debe ir más allá de las investigaciones, consideramos que también es un aspecto que debe ser tomado en cuenta por los profesionales de la salud al momento de abordar a las personas que buscan ayuda. Rescatamos las tradiciones psicoterapéuticas que van más allá de la remisión de los síntomas y que ayudan al paciente a comprender la condición que se vive, y a darle un significado, que a su vez tienen una visión global de la persona que busca ayuda, y toman en cuenta su narrativa y contexto de vida, y que trabajan para formar un vínculo de ayuda con ella. Frente a esta postura, nos parece útil resaltar la noción de la psicoterapia de Inostoya (2007), quien la entiende como:

Un camino que ayuda al paciente no sólo a remitir síntomas sino también a comprender de un modo más articulado su propio funcionamiento. Este proceso le permite al paciente una reorganización de la experiencia inmediata de sí mismo definida como 'él' en el cual las activaciones emocionales percibidas como irreales y extrañas pueden ser integradas y autorreferidas en un sentido coherente propio, continuo y de unicidad personal, definido como 'yo'... Al centrarse en cómo el individuo se experimenta a sí mismo y cómo logra un sentido de coherencia, logramos darle un sentido de continuidad y coherencia más flexible (p. 2).

Reiteramos entonces, la importancia que al momento de tratar con personas que hayan pasado por una experiencia tan difícil y con tanto peso en la identidad como lo es la depresión, contribuir en dar forma a esta experiencia y darle coherencia dentro de la narrativa de vida y como una experiencia importante en la construcción del sí mismo. Ésta puede además generar cambios que ayuden en el proceso de recuperación, como lo es una agudización en la emocionalidad. Consideramos como investigadoras, que el proceso de recuperación, guiado por un profesional del campo de la salud mental, debe

ser un espacio para integrar la experiencia a su identidad y darle forma, dentro de un ámbito que además permita tener un vínculo significativo, de apoyo y comprensión.

Conclusiones y recomendaciones

Como afirma la APA (2018), la depresión es el trastorno mental más común en la población mundial. A su vez, de acuerdo con la OMS (2000), es la principal causa del deterioro del bienestar psicológico en el mundo, habiendo aproximadamente 322 millones de personas que sufren de depresión (OMS, 2017), lo cual representa un 4,4% de la población mundial. Actualmente, en Venezuela se desconocen los datos de la incidencia de la depresión (Instituto Nacional de Estadística, 2013). No obstante, la OMS (2017) estima que actualmente hay un 4,2% de prevalencia de poseer depresión en Venezuela.

El fenómeno de la identidad es uno de los principales procesos que se ven afectados al padecer de depresión, ya que la persona experimenta una serie de vivencias emocionales complejas que le llevan a interpretar a su sí mismo como frágil o enfermo, y finalmente eso decanta en una sensación de desconocimiento de quiénes son mientras experimentan la depresión.

Algunas posturas clínicas parecen dejar de lado la experiencia subjetiva que vive la persona al atravesar una vivencia como la depresión, por lo que esta investigación se basó en dar voz a la subjetividad de los participantes. El estudio se orientó a comprender la manera en que las personas adultas construyen su identidad luego de haber recibido y padecido el diagnóstico de depresión.

La aproximación a estos fenómenos se realizó a partir de una metodología cualitativa bajo un enfoque fenomenológico, ya que resultaba una manera sensible de captar la vivencia subjetiva de los participantes. La técnica de recolección de la información realizada fue la entrevista a profundidad. La técnica de interpretación de datos que se llevó a cabo fue el análisis temático, en el cual, las categorías obtenidas fueron: identidad, depresión, género y proceso de recuperación.

En cuanto al fenómeno de identidad, se halló, por un lado, que los participantes definían sus características estables de identidad con rasgos cotidianamente relacionados con la depresión, lo cual es posible que explique el hecho de que, todos asumieron que estaban padeciendo de depresión antes de que fuera comunicado por algún profesional de la salud. A su vez, hallamos que la depresión tiene tanto impacto en la identidad, que los participantes adoptaron una identidad de enfermo, en la cual, no es posible recuperarse completamente de la depresión.

Respecto a la depresión, obtuvimos que los participantes atribuyen el surgimiento de la misma debido a una experiencia de pérdida. Adicionalmente, en la experiencia

subjetiva de depresión la identidad se vive como fragmentada, lo cual lleva a las personas a un desconocimiento de sí mismos e implica un gran sufrimiento.

En cuanto al género, se encontró que las mujeres y los hombres viven de manera muy distinta la depresión. El género permea una gran parte de la experiencia, desde los motivos por los cuales una persona se deprime, hasta la forma en cómo se manifiesta. El discurso de género de la feminidad, permite que para las mujeres sea vivido y asumido con mayor facilidad que para los hombres. Asimismo, los participantes relacionan la depresión como propia del género femenino.

En el proceso de recuperación, se obtuvo que los participantes destacan una necesidad de comprensión y conexión que es crucial en su sanación, que es importante tener consigo mismos, las personas allegadas, y con el terapeuta o profesional de la salud al que asisten. Por otro lado, los participantes concuerdan en que el hecho de haber padecido de depresión los hizo personas más empáticas y sensibles.

Para cerrar, consideramos importante brindar las siguientes recomendaciones para próximas investigaciones en torno a este tema:

En primer lugar, tomar en cuenta para la investigación participantes masculinos para explorar a fondo su vivencia y cómo el discurso de género contribuye a formar su identidad. Segundo, considerar cuidar todas aquellas prácticas que vayan a afectar el vínculo con el participante, tomando en cuenta los aspectos éticos, tales como brindar un espacio de escucha activa, respetar el anonimato, entre otras.

Referencias bibliográficas

- Addis, M. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 153-168.
- Álvarez, L. (2006). Narrativa prototipo de la depresión: Una validación convergente en sujetos depresivos. *MedUNAB* 10 (1), 19-23.
- Álvaro, J., Garrido, A., Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68 (4), 333-348.
- American Psychological Association. (2018a). Depression [Descripción en la página Web]. Recuperado de <http://www.apa.org/topics/depression/index.aspx>
- American Psychological Association. (2018b). Divisions [Descripción en la página Web]. Recuperado de <http://www.apa.org/about/division/?tab=1>
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16 (1), 9-29.
- Arango, A. & Moreno, M. (2009). Más allá de la relación terapéutica: Un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (2), 135-145.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. (1ra ed.). Arlington, Estados Unidos de América. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Augsburger, A., & Silvana, S., (2005). La construcción interdisciplinaria: Potencialidades para la epidemiología en salud mental. *KAIRÓS. Revista de Temas Sociales*, 15, 1-10.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6 (1), 37-58.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (2004). Métodos cualitativos en psicología. Una guía para la investigación. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Barker, C. (2004). *The sage dictionary of cultural studies*. London, Great Britain: SAGE.
- Braun, V., & Clarke, V (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, p. 77-101.
- Beck, A (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. (1era ed.). México D.F., México: Merck Sharp & Dohme International.
- Bleichmar, H. (1980). *La depresión: Un estudio psicoanalítico*. (3era ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Bruner, J. (2001). *Actos del significado*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Cartes, M. (2014). *Narrativas de mujeres adolescentes diagnosticadas con depresión en relación a su proceso de construcción de identidad* (Trabajo de Maestría). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Christians, C.G. (1994). Ethics and politics in qualitative research. En Denzin, N.K & Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of qualitative research*, (pp.61-80) Estados Unidos: Sage publications.
- Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definiciones, nosología, clasificación. [Descripción de la página web]. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/404.html>
- Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23 (1), 43-56.
- Crewys, T., Haslam, C., Dingle, G., Jetten, J. (2014). Depression and social identity: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 18 (3), 215-238.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. (2da. ed). California, United States of America: Sage publications.
- Crossley, M. (2000). Narrative psychology, trauma and the study of self/identity. *Theory & Psychology*, 10 (4) 257-546.
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 1 (6), 111-121.
- De Castro, N. (2017). *Diario de campo*. Manuscrito no publicado, Caracas, Venezuela.
- Díaz, R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. *Cipra. Círculo de psicoterapia cognitivo constructivista*. Recuperado de: <http://cipra.cl/documentos/NarrativaPsicoterapiaConstructivistaConstruccionista-DiazOlguin.pdf>
- Dio-Bleichmar, E. (1991). La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 39-43.
- Emmons, K. (2008). Narrating the emotional woman: uptake and gender in discourses on depression. En H. Clark (Ed.), *Depression and narrative. Telling the dark* (pp.111-125). New York: State University of New York.

- Emmons, K. (2010). *Black dogs and blue words: Depression and gender in the age of self-care*. (1ra ed.). New Jersey, United States of America: Rutgers University Press.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. (2da ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Escuela de Psicología. (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología*. (1ra ed.). Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.
- Fierro, M., Bustos, A. & Molina C. (2016). Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (3), 162–169.
- Flores-Guerrero, R., 2004. Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista Mad*, 10, 21-29.
- Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. (1975). *Compendio de psiquiatría*. (1era ed.). Mallorca, España: Salvat Editores.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. (Eds), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 235-256). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Garay, A. (2002). *La identidad social desde el punto del interaccionismo simbólico*. Obtenido de: <http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/IdentidadIS.pdf>.
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología*, 7, 71- 81.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. (1era ed.). Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.
- Gergen, K. & Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias. *Revista venezolana de psicología clínica comunitaria*, 3, 13-45.
- Gilgun, J. (2014). Writing up qualitative research. En P. Leavy (Ed). *The Oxford Handbook of Qualitative Research* (pp. 658-676). Nueva York, Estados Unidos de América: Oxford University Press.
- González-Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Guatemala: ODHAG.
- Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. (1era ed.) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: identidad deteriorada*. (1era ed.) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Goldberg, D. (2011). The heterogeneity of “major depression”. *World Psychiatry* 10 (3), 226-228.

- Grinberg, L. (1988). *Culpa y depresión: Estudio psicoanalítico*. (2da ed.). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Hearing Voices Network. (2017). Position Statement en DSM 5 and Psychiatric Diagnosis. [Descripción en la página web]. Recuperado de: <https://www.hearing-voices.org/>
- Hernández, N. (1996). Un abismo de tristeza: La depresión en las mujeres. *En Otras Palabras... Mujeres, Salud y Sociedad*, 1, 92-99.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). México DF., México: Mcgraw Hill.
- Hernando, A. (2000). *La construcción de la subjetividad femenina*. Madrid, España: Asociación Cultural Al-Mudayna.
- Herrero, O. & Botella, L. (1998). Una aproximación constructivista/ narrativa de la pérdida y el duelo como forma de combinar técnicas terapéuticas. *Congreso Internacional de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* 14, 1-12. Doi: 10.13140/RG.2.1.4522.0888
- Hoyos, C. (2005). Aproximación a una psicología postmoderna: Una reflexión epistemológica. *Informes Psicológicos*, 7, 137 – 175.
- Ibáñez, T. (1992). ¿Cómo no se puede no ser construccionista hoy en día? *Revista de psicoterapia*, 3 (12), 245-257.
- Inostroza, R. (2007). Depresión, narrativas y reconstrucción del personaje. *Cipra. Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*. Recuperado de: <http://www.cipra.cl/documentos/Depresionnarrativasyreconstrucciondelpersonaje-InostrozaCea.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). Indicadores de salud. *Boletín Nro. 3*, 1-27.
- Íñiguez, L. (2001). Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. Eduardo Crespo (Ed.), *La constitución social de la subjetividad*. (pp. 209-225). Madrid, España: Catarata.
- Íñiguez, L. (2005). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era ‘post-construccionista’. *Athenea Digital*, 8, 1-7. ISSN: 1578-8946.
- Johnson, L., Oliffe, J., Kelly, M., Galdas, P., Ogrodniczuk, J. (2012). Men’s discourse of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health and Illness*, 34 (3), 345- 361.

- Karp, D. (1992). Illness ambiguity and the search for meaning: A case study of a self-help group for affective disorders. *Journal of Contemporary Ethnography*, 21 (2), 139-170.
- Karp, D. (1994). Living with depression: Illness and identity turning points. *Qualitative Health Research*, 4 (1), 6-30.
- Karp, D. (2006). *Is It Me or My Meds? Living with antidepressants*. London, England: Harvard University Press.
- Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. 2ed, México: Fondo de Cultura Económica.
- Lafrance, M. N. & Stoppard, J. M. (2006). Constructing a non-depressing self: women's accounts of recovery from depression. *Feminism & Psychology*, (16) 3, 307-325.
- Larraín, J. (2003). El concepto de identidad. *Revista FAMECOS*, 21, p. 30-42.
- Lartigue, de la Cerda, González. (2002, Septiembre). ¿Depresión o masoquismo femenino? Una investigación desde el psicoanálisis y los estudios de género. Artículo presentado en XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Montevideo, Uruguay.
- Ledezma, N. (2005). Modernidad y psicología: Una disyuntiva y una paradoja. *Atenea digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 8, 1-17.
- Lewis, E. (1995). *The social construction of depression: experience, discourse and subjectivity*. (Tesis Doctoral, Universidad de Sheffield, Inglaterra).
- Lyotard, J. (1991). *La condición posmoderna. Informe sobre el saber*, 2da ed., Argentina: Editorial R. E. I.
- Mack, N., Woodson, C., McQueen, K., Guest, G., Namey, E (2005). *Qualitative research methods: A data collector's field guide*. (1era ed.). North Carolina, United States: Family Health International.
- Miller, J., Pierce, I., Jordan, J., Surrey, J., Brooks, C. & Clements, J. (2010). Enfoques feministas de la teoría de la personalidad. En R. Frager & J. Fadiman (Eds.), *Teorías de la personalidad* (pp. 141-165). Madrid, España: Alfaomega.
- Möller-Leimkühler, A. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- McAdams, D. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5 (2), 100-122.

- Martínez, M. (1998). *La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico práctico*, 3ª edic., México: Trillas.
- Mazure, C. M., Keita, G. P. & Blehar, M. C. (2002). *Summit on women and depression: proceedings and recommendations*. Washington, DC: American Psychology Association.
- Mead, G. (1973). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona, España: Paidós.
- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en la posmodernidad: perspectivas desde el construccionismo social. *Psyche*, 12 (1), 3-15.
- Montero, M. (2001). Ética y política en psicología. Las dimensiones no reconocidas. *Athenea Digital*, 0, 5-10.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, (2), 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, (5), 1061-1072.
- Organización Health Talk. (2017). Depresión [Descripción en la página web]. Recuperado de: <http://healthtalk.org/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017, febrero 24). Cifras de depresión y ansiedad aumentaron en Venezuela, según OMS [Descripción en la página web]. Recuperado de: <http://globovision.com/article/cifras-de-depresion-y-ansiedad-aumentaron-en-venezuela-segun-oms>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington D.C, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Women's mental health: an evidence based review*. Geneva: Author.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio*. Resumen ejecutivo. América: Organización Panamericana de la Salud.
- Orr, M. (2003). *Intertextuality: Debates and contexts*. Cambridge, United Kingdom: Polity, 256.
- Østergaard, S., Jensen, S. & Bech, P. (2011). The heterogeneity of the depressive syndrome: When numbers get serious. *Acta Psychiatr Scand* 124, 495–496.
- Papalia, E., Feldman, R., Martorell, G (2012). *Desarrollo humano* (12 ed.). México D.F., México: McGraw Hill.

- Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (3), 539-550.
- Parker, I (2005). *Qualitative psychology: Introducing radical research*. (1era ed.). Berkshire, England. McGraw-Hill Education.
- Rocca, A. (2011). La posmodernidad. Nuevo régimen de verdad, violencia metafísica y fin de los metarrelatos. *Nómadas*, 29. ISSN: 1578-6738.
- Rondón, C. (Productor). (2018). La depresión [Episodio de una Serie de Radio]. En C. Rondón (Productor/ Escritor), César Miguel Rondón. Caracas: Circuito Éxitos.
- Rosenhan, D.L. (1973). Being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Sánchez, E. (2012). La investigación en psicología: ¿por qué la metodología cualitativa? *Quaderns de Psicología*, (12) 1, 83-92.
- Disponible en: <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1129/855>
- Sandoval, C. (2002). Investigación cualitativa. En G. Briones (Ed.), *Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social* (Vol. 4). Bogotá, Colombia: ARFO Editores.
- Sanjuán, P., Magallares, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (2) 91-98.
- Scorsese, M. (Director), Medavoy, M. (Productor), Lehane, D. (Director). (2010). *Shutter island* [Película de cine]. Estados Unidos: Paramount Pictures.
- Smith, B. (1999). The abyss: Exploring depression through a narrative of the self. *Qualitative Inquiry*, 5 (2) 264-279.
- Solomon, A. (2001). *The noonday demon: An atlas of depression* (1era ed.). New York, United States of America: Scribner.
- Sosa, J. (2014, Febrero). El mal-estar del sujeto en la clínica psicoanalítica. Superyó y síntoma: La depresión en la mujer. *Alternativas en Psicología*, 30, 22-35.
- Soto, S (2016, agosto 13). Crisis humanitaria en Venezuela aumenta casos de depresión y ansiedad [Descripción de la página web]. Recuperado de: <http://www.elcorreodelorinoco.com/crisis-en-venezuela-aumenta-depresion-ansiedad>
- Stoppard, J. (2000). Understanding depression. Feminist social constructionist approaches. London, Great Britain: Routledge.
- Styron, W. (1990). *Darkness visible: A memoir of madness* (1era ed.). New York, United States: Random House.

- Suárez, C., del Moral, G & González, T. (2013). Consejos prácticos para escribir un artículo cualitativo publicable en Psicología. *Psychosocial Intervention* 22, 71-79.
- Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona, España: Herder.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Torres, A. (2007). *Historias del continente oscuro. Ensayos sobre la condición femenina*. Caracas, Venezuela: Alfa.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18 (1) 139-165.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y el adolescente*. (3era ed.) Madrid: Prentice Hall.
- Wurtzel, E. (1994). *Prozac nation: young and depressed in America*. United States: Houghton Mifflin Company.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAS ADULTAS QUE ATRAVESARON POR EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Investigación: ¿Soy depresivo o estoy deprimido?: Construcción de la identidad a partir de la experiencia subjetiva de depresión tomando en cuenta una perspectiva de género.

El objetivo general de la presente investigación es comprender cómo personas que han sufrido de depresión conciben su identidad luego de haber vivido esta experiencia, centrándonos en su vivencia subjetiva y los significados asociados a ella. Nos interesa entender el impacto que tiene la etiqueta diagnóstica de depresión sobre la identidad de los participantes, indagar las causas que atribuyen al surgimiento de su depresión, conocerlas vivencias y significados que construyen de su experiencia con depresión, explorar las diferencias asociadas al género que puede haber en su experiencia subjetiva, identificar los elementos que desde el punto de vista de los participantes fueron importantes en su proceso de recuperación. Esta investigación es realizada por estudiantes mujeres del último año de la carrera de psicología y se encuentra enmarcada como un trabajo de grado para la obtención del título de “Licenciado en Psicología”.

Su participación será en una entrevista a profundidad y mediante compartir material fotográfico. Estos encuentros serán privados y confidenciales.

Su identidad será protegida absolutamente, de manera que utilizaremos un pseudónimo o un nombre inventado con el cual podremos identificarlo(a).

Su participación es completamente voluntaria y usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído la información presentada en esta hoja de consentimiento.

El equipo de Investigación se compromete a usar esta información estrictamente para el uso de la investigación resguardando la identidad de la entrevistado(a).

_____	_____	

Nombre del participante	Firma	Fecha

_____	_____

Nombre de la Entrevistadora	Firma
Fecha	

Lugar de la entrevista:

(Municipio y Estado)

ANEXO B

GUIÓN DE ENTREVISTA

Datos personales:

Edad:

Sexo:

Lugar de residencia:

Entrevista:

XXX esta entrevista tiene como objetivo conocer desde tus propias palabras lo que ha significado para ti tu experiencia con depresión y cómo crees que ha modificado tu identidad. Entiendo que es un tema complicado de hablar, así que siéntete en libertad de tomarte el tiempo que consideres necesario, de usar las palabras que tú quieras, y de discontinuar la entrevista si así consideras. Todo lo que nos puedas comentar es muy valioso para la investigación que estamos realizando, igualmente quiero dejarte saber que tu nombre no será divulgado, y todo lo que nos digas será manejado con el respeto que la situación amerita.

- Nos gustaría que nos contaras qué te hizo pensar que algo te estaba pasando, qué te llevó a buscar ayuda, ¿Sientes que algo cambió en tí?
- ¿Cómo describirías lo que es vivir con depresión? ¿Qué se siente vivir con eso?
- ¿Qué significado tiene la depresión en tu vida?
- ¿Cuál crees que fue la causa de tu depresión? ¿A qué le atribuyes su surgimiento?
- Una vez que buscaste ayuda, ¿cómo te comunicaron lo que te estaba sucediendo?
- ¿Cómo te sentiste cuando te dijeron eso?
- ¿Cómo crees que influyó esta experiencia en tu forma de ser?
- ¿Luego de esto recibiste algún tipo de tratamiento? ¿Sientes que tu forma de ser cambió de alguna forma cuando empezaste el tratamiento?
- ¿Cómo te concibes a ti mismo/a actualmente luego de haber pasado por esta experiencia?
- ¿Qué significa ser hombre/ mujer para ti?
- ¿Crees que el ser hombre/ mujer influyó de algún modo sobre tu experiencia? De qué forma influyó tu género sobre tu experiencia?
- ¿Qué significa ser hombre/ mujer y haber atravesado por una depresión?

ANEXO C

ENTREVISTA CON VALERIA

Primera entrevista: 05/02/2018.

Valeria, 31 años.

Entrevistadoras: A y N.

Entrevistada: V.

1 A: Queríamos que nos contaras un poquito de ti, qué edad tienes, en qué trabajas.

2 V: Ok, este bueno yo tengo 31 años, trabajo en investigación de mercados, soy psicólogo
3 en asesoramiento psicológico y orientación de la central, pero sí, trabajo en investigación
4 de mercado, es algo que mi jefa, no ella sino otra jefa es profesora de la universidad y por
5 eso llegué acá eh... mi área es la investigación, siempre ha sido la investigación y me
6 siento muy cómoda en la parte estadística y eso, que me encanta atender gente y es algo
7 que por lo que fui a psicología realmente, pero bueno esto es como otra área que me llama
8 la atención, ¿no? Este... no sé qué más...

9 A: ¿Estás casada, tienes hijos?

10 V: No, soy soltera, vivo con mis padres, no tengo hijos, estoy en trámites de irme del país,
11 eh...eso.

12 N: Ok chévere, bueno Verónica, bueno nos gustaría que nos contaras un poco sobre cómo
13 fue tu experiencia con depresión.

14 V: Ok, eh... eso fue hace ya, eso fue entre 2013, 2014, fue... fue por una ruptura, este...
15 yo sufro de ataques de ansiedad de por si ¿¿no? Ya eso es algo que me acompaña toda mi
16 vida y ya lo utilizo más como sensor para saber qué es lo que está pasando como en mí
17 ahora ¿no? En ese momento no sabía, en ese momento estaba sufriendo muchos ataques
18 de ansiedad, no sabía que estaba pasando conmigo, este... termina la relación, eso fue,
19 mi relación terminó en julio y no es sino hasta septiembre que ya yo no podía o sea ya me
20 doy cuenta de que yo físicamente no podía, ya no me podía parar de la cama, pero no
21 dormía o sea era complicado porque era así ¿no? Y... lloraba muchísimo, tanto que bueno
22 aquí en la oficina es muy divertido porque... si, gracias a que yo trabajo con psicólogos,
23 eso yo siempre lo agradeceré, yo me sentaba en mi oficina, mi oficina queda aquí al lado

24 y yo me sentaba y todo el mundo llegaba y que mira, tal cosa y yo llorando porque no
25 podía parar de llorar, era, o sea era muy complicado parar de llorar, y no lo podía contener
26 y nadie me decía tranquila todo va a estar bien, sino más bien todo lo contrario, me
27 acompañaban en el momento de, ‘yo sé que si tú quieres venir conmigo lo vas a hacer’
28 ¿no? Y eso para mí fue lo mejor que me pudo haber pasado y bueno sí lloraba mucho,
29 tenía un llanto contenido muy fuerte este... tuve... me daban ataque de ansiedad mucho
30 más fuertes en el momento y entonces ahí sí ya me perdí, o sea ya yo no tenía control de
31 lo que pasaba y sentía mucho miedo de lo que me podía pasar y con todo eso fui a terapia
32 y llegó un momento en que ya, Mariana, mi psicóloga me tuvo que decir en ese momento,
33 ‘mira’... ese fue como lo que me dio... el gatillo pues el detonante para mí fue que
34 Mariana me dijera, ‘hasta que tú no veas un poquito de color en lo que está pasando no
35 vas a poder salir de acá’ ¿no? Y... y ahí fue cuando me remite al psiquiatra, este... pero
36 era porque todo era negro, o sea yo no veía nada bueno, o sea nada nada nada, para mí
37 todo era horrible de lo que estaba pasando porque llevábamos... sí, como tres años de
38 relación y era una relación seria pues, estábamos casi viviendo juntos y él me había
39 engañado durante todo ese proceso entonces para mí fue muy fuerte darme cuenta de que
40 yo no estaba con una persona con la que yo pueda confiar entonces todo eso me llevó a
41 mí a caer en esto ¿no? Y esa persona estuvo durante el proceso de mi depresión, o sea,
42 esa relación se acabó gracias a Dios... eh.... Él tenía incluso características muy de
43 sociópata entonces él quería estar pero no estaba realmente entonces era muy difícil para
44 mí obviamente establecer que yo tenía una depresión, o sea yo decía estoy triste porque
45 obviamente esta cosa y tal y él entraba y salía y eso hacía que yo me hundiera más y llegó
46 un momento en que ya yo no me reconocía, ya yo, bueno me bañaba porque tenía que
47 venir para acá pero era o sea era un tema de no preocuparme por cómo me vestía, por
48 cómo me veía, era... era una sensación de desgaste de cansancio de no querer hacer
49 absolutamente nada y tener que seguir porque igual el mundo no se acabó pues y entonces
50 esa sensaciones son para mí como las... las que más recuerdo y el... la ansiedad, o sea
51 yo no dormía por ansiedad, que ahora es muy difícil para mí no dormir pero era por
52 ansiedad entonces, era como bueno, yo lo que voy a hacer, que es lo que puedo hacer y
53 no podía pensar, o sea todos mis pensamientos eran automáticos y eran ‘esto es lo más
54 horrible que te ha pasado en la vida’, ‘tú no sirves para nada’, o sea ‘es preferible que
55 estés muerta’, eso también lo pensé , eso pasó en algún punto y todo el tema siempre era
56 recurrente o sea era ‘tú no sirves para nada’, o sea ‘no sé qué haces tú aquí’ y que que...
57 ‘por qué deberías estar viva’, más o menos era como el tema principal de mi depresión

58 ¿no? O de lo que yo sentía y bueno sí, terapia y bueno si tuve que tomar un medicamentos
 59 pero ir a terapia para mí era como lo máximo ¿no? Era como tener alguien que me
 60 escuchara y escuchaba todo lo que yo estaba diciendo sin necesidad de juzgarme ¿no?
 61 porque yo ya me estaba dando tan duro que necesitaba que alguien del otro lado no me
 62 diera tan duro porque ya yo sola no podía con todo lo que me estaba pasando y fue muy
 63 duro reconocer que necesitaba ayuda también, y que no solo era Mariana, mi psicóloga,
 64 la que estaba allí sino buscar amigos y eso también me costaba muchísimo, o sea decirle
 65 a la gente ‘mira estoy deprimida y mira me siento mal’ y que la gente entendiera que yo
 66 podía estar deprimida era muy... a mí me parecía lo más terrible que me podía pasar en
 67 la vida, porque en parte yo soy psicóloga entonces era como ‘si tú eres psicólogo, cómo
 68 te vas a deprimir’ ¿no? y bueno sí, yo también soy un ser humano, pues, y es todo un tema
 69 que era ridículo porque al final todo el mundo me decía ‘bueno está bien, qué bueno que
 70 te deprimiste y que chévere y tal y se puede salir de eso’ pero en el momento era sentirme
 71 como... en una burbuja, como si alguien me tocaba y eso iba a ser como lo peor que me
 72 pueda pasar en la vida porque como yo iba a decirle a otra persona que me estaba pasando
 73 eso, era... era muy doloroso y sí, fue doloroso, eso es lo que más recuerdo, o sea lo
 74 doloroso y lo fuerte que fue.

75 N: Ahorita que mencionas eso, me gustaría que nos pintaras como el panorama de qué se
 76 siente...

77 V: Estar deprimido.

78 N: Estar deprimido.

79 V: Bueno... se los voy a decir como yo lo sentía, con mis palabras... yo me sentía
 80 como... como la basura ¿saben? Como cuando sacas la basura y la dejas allí porque ya no
 81 sirve, esa sensación de, de... como de inferioridad de... de no tener el poder de poder
 82 hacer nada, o sea yo no tenía la capacidad de decir esto me hace daño o esto no, y cómo
 83 cómo interpretar las señales de lo que estaba bien y lo que estaba mal yo no lo podía ver
 84 o sea para mí era todo malo y todo era horrible y nada me puede sacar de allí era como....
 85 ‘Yo no sirvo para nada o sea yo no sé qué hago aquí, yo no sirvo para nada’ ese era el
 86 pensamiento como más clave. Y físicamente era un peso total y profundo en toda el área
 87 de la espalda, este... a mí me dolía mucho el pecho, era un dolor profundo, era un dolor

88 muy fuerte este... y sentía como... era muy divertido, (risas) bueno en este momento digo
89 que era divertido, en ese momento era horrible, pero era como como un desequilibrio, o
90 sea yo caminaba, y yo obviamente ya se caminar porque yo ya pasé por mis etapas de
91 desarrollo, pero era una sensación de que me iba a caer en cualquier momento, de que no
92 tenía control ni siquiera de mi propia cuerpo y eso me daba mucho miedo y no podía, no
93 podía, o sea yo sentía que yo no iba poder, esa era la... lo más profundo para mí, o sea yo
94 no puedo salir de esto, era como lo que más me pegaba.

95 N: ok, ¿y en cuanto a los ataques de ansiedad que comentabas?

96 V: Mira, los ataques de ansiedad son la cosa más horrible que le pueda pasar a alguien en
97 la vida. A mí me daban normalmente cuando esta persona aparecía.

98 N: Ok.

99 V: Y era una sensación de descontrol de mi misma. Ya no era que me iba a caer, era que
100 yo me podía morir y no podía controlar el hecho de que me podía morir en ese momento
101 ¿no? Y era como no sé cómo explicarlo porque es que no, ni siquiera... o sea yo puedo...
102 si lo describo como... como no... no poder controlarme a mí misma y no saber qué me
103 va a pasar y es... y como no sé qué me va a pasar tengo un miedo excesivo a que me
104 pueda pasar cualquier cosa y lo que me daba eran unas ganas de llorar terribles y lloraba
105 y lloraba y lloraba, y me daban muchas náuseas y náuseas y náuseas, y ahí quedaba yo
106 como una bolita de... porque no podía ni moverme o sea era como una sensación de que
107 me voy a morir y no podía, no podía contenerlo.

108 N: Ok. ¿En todo esto qué es lo que te lleva a buscar ayuda?

109 V: bueno, yo vengo con Mariana, ya yo tenía con Mariana mucho tiempo.

110 N: Antes de...

111 V: Antes, sí, antes del proceso, sí. Yo, bueno yo tengo en terapia desde más o menos
112 desde el 2011... 2008, 2009 yo debo estar en terapia... yo me había ido de la terapia
113 (risas) este... por varias cosas y... vuelvo por los ataques de ansiedad, porque antes de

114 terminar la universidad a mí me estaban dando muchos ataques de ansiedad... pasa todo
 115 este tema y yo dije 'bueno nada, tengo a Mariana, ella me va a apoyar y tal' y cuando...
 116 y ella es la que me lleva al psiquiatra, o sea yo no pedí el psiquiatra, yo no me había... yo
 117 no sabía en qué estaba yo. Yo sabía que yo estaba muy triste, yo sabía que yo no podía
 118 con mi vida, pero yo no sabía en qué estaba, o sea literalmente no podía decirte mira yo
 119 estoy depresión, no. O sea yo me sentía mal... y ella es la que me dice 'mira yo conozco
 120 a tal y mira y yo te puedo decir y Carmen y tal', y me... me recomendó ir a donde esta
 121 psiquiatra, gracias a Dios apareció... pero yo de decirte que busqué ayuda... mi ayuda fue
 122 algo que ya estaba establecido, por lo menos terapéuticamente, estaba establecido y era
 123 ella.

124 N: Ok, y cuando Mariana te dice que bueno que tienes que ir al psiquiatra, ¿qué se siente
 125 eso?

126 V: Horrible (risas) siento... yo sentí que me iba morir, pero porque yo decía... '¿o sea
 127 yo? ¿Cómo voy a ir al psiquiatra? O sea yo no estoy loca, yo...yo... yo sé quién soy,
 128 pues, yo no estoy comiendo jabón, o sea yo ya he visto muchos pacientes, o sea yo, yo
 129 no, o sea yo no puedo hacer eso, yo no... yo no me veo así'. Y yo recordaba a mis
 130 pacientes, yo vi muchos pacientes en el clínico que estaban muy mal, y yo decía 'yo no
 131 estoy así, yo no estoy loca' ¿no? Y al mismo tiempo era 'yo sé que ella lo está habiendo
 132 porque ella cree que es lo mejor'. Ese día, el día que ella me lo dijo a mí nunca se me
 133 olvida porque fue un jueves y era el Miss Venezuela... sí eso fue un poco... lo recuerda
 134 uno porque la vida es así, yo iba en el carro, eso era un desastre, Caracas estaba hecha un
 135 desastre porque estaba lloviendo y yo me monto en el carro y le digo a mis papás este...
 136 'Mariana me acaba de decir que tengo que ir al psiquiatra'... mi papá... mi papá siempre
 137 ha sido así, él tiene su tema, mi papá tiene un tema con eso. Y mi mamá se voltea y me
 138 dice '¿pero tú estás bien? ¿Te sientes bien?'. Y yo le dije 'sí, pero yo no quiero ir al
 139 psiquiatra'. Y mi mamá me dice 'bueno pero si no quieres ir dile pues'. Y yo le digo 'no,
 140 pero es que yo sé que es lo mejor, pero yo no quiero ir al psiquiatra' ¿no?, y me daba
 141 mucho miedo ¿sabes? Como... Aparte, es un tema de ego y quizás será para mí toda la
 142 vida, pero es como yo soy psicólogo, yo no puedo ir al psiquiatra, eso no va dentro de los
 143 cánones que dicen que un psicólogo tiene que hacer ¿no? Y ... y al final fue como bueno
 144 tengo que ir al psiquiatra, no puedo hacer nada y es preferible que lo haga a que siga

145 cayendo en esto pues... y fue como, fue difícil, no fue fácil llamar la decisión de llamar
146 a Carmen y decirle hola..., no, no, no fue fácil pero lo tuve que hacer y lo hice.

147 A: ¿Y cómo fue tu experiencia con el psiquiatra?

148 V: Mira, Carmen estaba allí principalmente para proveer el medicamento porque yo tenía
149 psicoterapia con Mariana entonces ella no iba a interceder en el proceso terapéutico que
150 me estaba brindando Mariana porque era como complicado, porque si ella hacía algo
151 podía pasar que Mariana hiciera otra cosa, entonces ella prefirió ser simplemente quien
152 me proveía el medicamento. Y hablar conmigo de cómo me sentía, entonces era de cómo
153 me sentía con el medicamento porque la dosis no es inicialmente la dosis que te queda,
154 inicialmente yo tomaba citalopram de 10 mg. Yo comencé con 5mg durante una semana
155 para poder acostumbrar al cuerpo a que yo le estaba metiendo este medicamento, y la
156 siguiente semana cuando yo vuelvo a ir, ella solo me preguntó ‘¿cómo te sientes?, ¿cómo
157 está funcionando el medicamento? Y ‘a partir de hoy ya puedes empezar a tomar de 10’.
158 Y tenía un... ese es ansiolítico, principalmente y tenía un... una pastilla para dormir que
159 era el Sulpidem porque yo no dormía entonces era como mi acompañamiento pero
160 Carmen estuvo allí principalmente como acompañante del proceso de medicación. Ella
161 estuvo como médico, o sea ella podía decirme cosas, me acompañaba en el proceso, me
162 decía... se puede involucrar muy poco, ella hacía como... era como establecer rapport
163 cada vez que yo iba porque era muy simple, o sea en ese momento estaba la época del
164 béisbol yo soy de los tiburones de la guaira y ella también y hablábamos era de eso, o sea
165 no entrábamos en detalles de lo que yo estaba pasando porque ella me decía ‘si yo meto
166 algo que Mariana no quería meter puedo dañar todo el proceso terapéutico, entonces yo
167 prefiero que siga Mariana y yo sigo nada más con medicamentos’, y así fue.

168 A: ¿En algún momento se te... alguien te dijo algún diagnóstico, como que el nombre
169 de... algún nombre para lo que tú estabas sintiendo?

170 V: Nombre como nombre, si eso es “depresión”, no. Mariana lo que me dijo fue ‘tu estas
171 muy mal’. Creo que también era por prevenir el hecho de que yo les dijera ‘yo no estoy
172 deprimida, o sea mira yo estoy bien’, sabes era como... yo sé fingir muy bien que estoy
173 bien ante la gente, yo hace poco tuve un tumor, me operaron y todo y era muy divertido
174 porque todo el mundo aquí estaba como ‘Dios mío te van a operar’ y yo así como si no

175 importa, porque yo trato como de... de no enseñar al otro que yo me siento mal... es algo
176 muy mío y creo que Mariana lo conocía muy bien y decirme 'tú estás deprimida'
177 significaba para mí un peso y entonces era como 'tú te sientes mal, este estas muy triste',
178 y de verdad una frase que Mariana me dijo fue 'hasta que tú no veas el mundo de color,
179 con un poquito de color yo no puedo ayudarte más. Y tienes que medicarte', o sea eso fue
180 la única cosa que yo recuerdo. Que Mariana me dijera tú estás deprimida, no. Y Carmen
181 que era la psiquiatra tampoco lo trabajo como depresión, como en el sentido de decirme
182 como 'mira sí, tú estás deprimida, vamos a recetarte', no. Carmen fue muy... muy
183 terapéutica en su trabajo y fue como 'mira, Mariana me habló, cuéntame tú qué es lo que
184 te está trayendo aquí conmigo', yo le expliqué un poco, ella ya tenía el diagnóstico con
185 Mariana y lo único que me dijeron fue 'mira estas son las pastillas', porque el citalopram
186 ayuda para las dos cosas, ansiedad y depresión porque es un inhibidor de serotonina,
187 entonces ella lo que me dijo fue 'mira esto te va ayudar'... si realmente me lo dijeron
188 como para la ansiedad y después ya después ahí ya cuando ya estaba más profundo ya
189 tenía dos meses, eso me duró seis meses, cuando ya tenía como dos meses en el proceso
190 fue que de decirme, 'sí, eres una persona con depresión', no sé si entiendes la diferencia.

191 A: A ver.... Si me lo podrías explicar tú.

192 V: Es que nunca me dijeron 'tú estás deprimida', o sea fue algo que no sé cómo explicarlo,
193 fue algo como que se fue dando como que yo me doy cuenta del proceso, sabes si tú me
194 mandas al psiquiatra y el psiquiatra me da unas pastillas que son un inhibidor de
195 serotonina yo tengo que saber más o menos hacia donde voy, pero nunca hubo de decirme
196 mira tú estás en depresión, no.

197 A: ¿Y de tú preguntarlo?

198 V: Tampoco, yo no quería saber.

199 A: O sea fue como algo que ambas partes...

200 V: Sabíamos, era tácito. Era tácito, estaba allí es como si está ahí pero sabes como que no
201 lo quiero tocar, es como el elefante rosado que está en la habitación. Ese es el tema que
202 nadie quiere tocar pero todo el mundo sabe, es algo así... fue complicado, no es fácil...

203 creo que porque yo tampoco quería aceptarlo, y... y... porque el aceptarlo significaba
204 saber que tenía que pasar el proceso pues, y por eso creo que al final el proceso se dio
205 como se dio, o sea... no fue fácil aceptar que yo estaba deprimida. Yo misma me lo tuve
206 que decir, estás deprimida, obviamente estaba deprimida, pero de hablarlo en terapia, de
207 decir 'sí, yo sé que estoy en depresión, cuéntame más', o sea no, era como que 'tú estás
208 triste cuéntame qué te pasó hoy', y era como más al día a día y era... así lo viví al final,
209 era un día a la vez.

210 N: ¿Qué significa para tí esto? Porque es interesante que tú no manejas un diagnóstico
211 ¿no? Usualmente las personas que van al psiquiatra les dicen 'tú tienes esto', pero en tu
212 caso no es así, ¿entonces qué significa para tí esta depresión que no termina de tener un
213 nombre?

214 V: ¿Qué significa para mí? Es muy complicado... yo todo lo hago así... a mí me daban,
215 o sea creo que al final es el miedo que me da decir que estuve deprimida ¿no? Y... es
216 como... Mariana siempre lo suaviza mucho y me dice así como 'bueno es que eso te
217 ayuda, te da experiencia con el paciente', y al final es verdad, es una realidad que no te
218 quita nadie, o sea eso que tú viviste te da una experiencia con el paciente que no te da otra
219 cosa, pero al mismo tiempo es un miedo de que el paciente se entere de que tú eres un ser
220 humano, y... para mí el significado es ese, o sea es saber que soy humana y saber que...
221 que tengo partes frágiles y eso a mí me da como no, resquemor pues, es como 'no, yo no
222 puedo ser frágil, yo tengo que ser fuerte, yo tengo que ser'...no sé si es el aprendizaje de
223 vida, no sé si es que yo la vida la he vivido así pero yo trato como de no mostrarme mucho
224 y decir que tengo depresión significa para mí mostrarle al mundo que sí, que puedo
225 caerme en cualquier momento y eso no me gusta.

226 N: Ok, entiendo. ¿Y aparte de la ruptura hay alguna otra cosa en tu vida en la que tú
227 puedas decir que le atribuyes este surgimiento de la depresión?

228 V: Bueno, yo siempre he pensado que eso... que... que cuando tú vives un duelo, todos
229 los duelos que cerraste de alguna manera, pero que están allí se reabren, y hay una cosa
230 en mí que es que yo no cierro nunca nada. Pero más allá de eso yo tengo un tema con el
231 rechazo y el dejar a una persona, o sea dejar a la gente a mí me cuesta muchísimo, yo me
232 aferro mucho al hecho de que la gente esté, y desde el principio que yo comencé terapia

233 uno de los temas que siempre fue recurrente era, ‘bueno tú tienes que aprender a dejar
234 ir’... y yo nunca pude, yo puedo dejar ir a la gente que se muere, pero si estás vivo el por
235 qué no estás, eso es un tema para mí. Y aparte de la ruptura que yo tuve... yo tuve un...
236 yo tengo un tema que es subyacente en mi vida y siempre ha estado que yo tuve bullying,
237 yo he sufrido bullying durante muchos años de mi vida en el colegio y para mí esta
238 persona era un recordatorio de eso y al final yo le decía a Mariana bueno pero me lo
239 busque tal cual, pues o sea como el propio bulleador, el tipo que me puede caer a golpes,
240 lo que le faltó a él literalmente fue caerme a golpes, pero sí, era una relación bastante
241 agresiva, era una relación,... o sea la relación de por sí ya era mala y a mí me retrotraía a
242 todo lo que yo vivía en ese momento. Entonces sí, era todo un tema complicado.

243 N: Ok, y una vez que tu empiezas a darte cuenta de todo esto de que tienes que ir al
244 psiquiatra cómo te das cuenta verdaderamente tú de que algo te estaba pasando, que algo
245 estaba mal.

246 V: Bueno, aparte de todo lo que yo ya venía viviendo, de verdad yo estaba muy triste, era
247 como, o sea obviamente parte sí de conocer el diagnóstico, o sea yo sé si te quedas mucho
248 tiempo en cama, si no te quieres parar, si tienes como apatía, yo sabía más o menos cual
249 era el diagnóstico, de saber lo que yo estaba viviendo, pero decir como de caerme la locha
250 de entender qué era lo que estaba pasando, fue ya como dos meses después de estar
251 tomando las pastillas, fue cuando dije bueno ya estoy saliendo, porque era la sensación
252 que tenía o sea era como es muy raro, pero era como yo no sentía miedo, miedo... era mi
253 miedo de sentir un miedo... sin asidero pues, o sea el miedo no existía, no existía el lobo
254 feroz, o sea yo sabía que estaba alguien ahí pero no sabía qué... no lo podía ver, y en esos
255 dos meses cuando yo ya estoy asistiendo más a terapia, porque en ese momento Mariana
256 me subió la terapia a dos veces por semana, y aparte tenía a la psiquiatra, o sea era como
257 bueno ya estoy más tranquila y es como la luz se ve... solo sabes que estás en oscuridad
258 porque no hay luz, solo sabes que estás deprimido porque no estas deprimido, o sea
259 cuando yo logré salir, de alguna partecita fue que dijo ‘coño si estaba muy mal’, o sea fue
260 como verga sí, o sea el pensamiento cambió, y cuando el pensamiento cambió fue que yo
261 dije sí, ciertamente no estaba donde tenía que estar pues y es, es... es como lo más gráfico
262 para mí, la luz donde es lo contrario pues, o sea yo podía darme cuenta de que no lo estaba
263 porque lo estaba, o sea porque estaba saliendo.

264 N: Ok, ¿y cómo se sintió esto de darte cuenta de que algo pasó?

265 V: Fue complicado, yo no sé por qué esa es la palabra, pero es la palabra del día (risas)...
 266 fue como... bueno primero fue como un despertar, fue un decir bueno, sí, eso... no pasa
 267 nada porque pasé por allí o porque todavía estoy allí de alguna u otra manera... porque
 268 era como... era como... wow, sí, o sea no sé cómo explicarlo, o sea es como... yo, yo,
 269 yo, bueno en terapia lo hago mucho, yo soy muy corporal, yo lo describo siempre con
 270 funciones fisiológicas porque para mí es más fácil, y era como sentir que el cuerpo estaba
 271 en otro sitio ¿no? Era como... como wow de verdad no estoy, o sea de verdad yo estaba
 272 tan mal, o sea, a mí me da mucha risa porque todavía hay quien en la oficina me lo sacan
 273 en cara mucho de sí porque cuando yo iba para allá tú estabas llorando siempre ¿no? Y...
 274 y era esa sensación de que no estoy llorando, ya puedo controlarme, porque eso para mí
 275 era todo un tema durante el proceso, el descontrol de mí misma, el no poder decir quién,
 276 qué... qué partes de mí puedo controlar y qué partes no, ni qué partes conocía, o sea
 277 gracias a eso y de verdad sí agradezco mucho el proceso depresivo en ese aspecto de me
 278 dio a conocer una parte de mí que yo no conocía... que le tengo un terror horrible es otra
 279 parte, pero hay unas partes de allí que yo logro como salvar y decir bueno, esto soy yo,
 280 y... es extraño pero es bonito de alguna manera para mí, entonces es como ‘bueno, sí, me
 281 tocó vivirlo pues’.

282 N: Bueno, y esto que dices de que te diste cuenta como de cosas de ti que no habías visto
 283 antes, ¿crees que justamente este proceso no solo te hizo darte cuenta de cosas, sino
 284 cambió cosas de tí?

285 V: Mira, yo creo que sí, o sea creo que todo el proceso no... yo no puedo... no sé cómo,
 286 cómo darle, sí, no sé cómo explicarlo, no sé cómo decir ‘esto fue cambiado por la
 287 depresión y esto fue cambiado por el proceso que venía viviendo antes y esto fue’... o
 288 sea yo creo que ya cuando yo salgo de todo este tema, este... me doy cuenta de que sí, sí
 289 hay diferencias, ¿no? Pero no doy cuenta en el momento ¿no? No es así como ‘ay mira
 290 yo salí, dejé de tomar pastillas, chévere, y ya la vida es chévere’, no... hace, hace un año
 291 justamente hace un año fue como que yo decidí tomar, o sea yo tomé la decisión que
 292 volver a tener otra relación... y en esa nueva relación fue que yo me di cuenta de cosas
 293 que habían cambiado radicalmente en mí, o sea cosas que en este momento tomo más en
 294 cuenta que en ese momento no lo hubiese tomado en cuenta y cosas que ahora no tomo

295 en cuenta que en aquel momento hubiese tomado en cuenta. Por ejemplo, yo este... mi
296 ex pareja es una, eh es una persona muy parecida a mí, o sea muy cerrada, y era muy
297 divertido porque yo podía estar con esta persona en esas condiciones y no necesitaba más.
298 Con otra persona yo siempre necesitaba más, siempre. Y era como wow, y creo que el
299 proceso fue que, fue para mí de apertura, de decirme a mí misma 'bueno pero ya va, qué
300 es lo que tú quieres'. Y durante toda esta relación que duró muy poco, duró cinco meses,
301 pero para mí fue darme cuenta de bueno, sí, esto no es lo que yo quiero, esto es lo que sí
302 quiero y... y todo salía de mí, y era como wow esto lo puedo hacer yo, no necesito, no
303 necesito que alguien me esté diciendo que es lo que tengo que hacer, para mí eso fue muy
304 importante y yo creo que eso tiene que ver con todo el proceso que yo pasé, o sea no...
305 por eso no te puedo decir si fue especialmente la depresión lo que me hizo cambiar porque
306 no lo sé, yo sé que... puedo detectar esas ciertas cosas que cambié por cómo me mantengo
307 ahora o por las cosas que puedo hacer ahora que en aquel momento yo creo que me
308 hubiesen llevado a otra depresión, o sea si yo hubiese salido de eso y hubiese entrado en
309 otra relación en ese momento yo creo que hubiese caído igual o peor porque para mí son
310 las relaciones lo que hacen que yo termine en situaciones donde me expongo y entonces
311 eso es lo que me genera a mi depresión, o lo que me he dado cuenta a mí que me genera
312 ansiedad y depresión.

313 N. Ok, entiendo. Bueno y esta misma pregunta en cuanto al tratamiento, cuando tu
314 empiezas el tratamiento tú sientes que algo cambió en ti, en tu forma de ser...

315 V: Así en el momento no. O sea obviamente con las pastillas para dormir si cambié
316 muchísimo, pude descansar y eso para mí fue lo máximo porque de verdad tenía, yo no
317 dormía en las noches, yo pasé como un mes sin dormir, realmente dormir, descansar. Es
318 muy divertido porque terminas trabajando muy bien, yo hacía muchas cosas, mi jefa
319 estaba feliz pero yo sabía que no estaba siendo para mí, para lo que yo quería hacer ¿no?
320 Y eso por un lado, y por otro el, la ansiolítico, o bueno el antidepresivo sí me ayudó pero
321 no en el momento, o sea no es que yo empecé a tomarlo y al día siguiente yo dije 'ay esto
322 es una maravilla, mira ya estoy feliz', no, pero sí en unos meses me di cuenta de que ya
323 no estaba tan ansiosa. No te puedo decir mira, a los tres meses, a los cuatro meses pero
324 sí, sí supe en algún momento si me di cuenta de que la ansiedad había cedido, o sea por
325 lo menos de ese lado sí lo puedo comprobar, o sea sí dije como 'esto sí me ayudó'. Que

326 no sé qué tanto fue las pastillas, qué tanto fue el poder descansar y el poder tener como
327 todos el proceso terapéutico, no lo sé, pero sí sé que en algo tuvo que haber ayudado.

328 N: Ok, ¿y qué se siente, hay algún efecto que tú puedas como describir en cuanto a lo que
329 se siente tomar estos medicamentos?

330 V: Mira no. O sea, yo no sé, yo en algún momento pensé que eran un placebo y que solo
331 estaba en mi mente el hecho que eso funcionara o no porque ya al final, pero yo... O sea
332 porque no es euforia, no sientes euforia, no sientes, no sé yo no sentí euforia, yo no sentía
333 que la vida era perfecta, yo no sentía, yo sentía que era normal. O sea, creo que esa era la
334 gran diferencia con antes ¿no? El antes era yo quiero morirme no quiero seguir viviendo
335 y el después fue bueno yo estoy bien, pues esto, puedo de alguna manera estar ¿no? Eh...
336 decirte que que wow que, no, o sea no, no, no, no hay como, no o sea yo no sé decirte qué
337 qué qué tiene que ver, o sea cómo fue solo la pastilla, fue solo o sea no lo sé por eso no
338 te puedo decir y que sí o sea la... no, o sea la de dormir obviamente sí pues porque sí es
339 un descanso pero decirte que yo tomaba la pastilla y que eso hacía que yo me sintiera
340 bien, mira no lo sé, yo sé que me sentí bien después que las tomé pero no sé a qué asociarlo
341 totalmente era como todo un cúmulo de cosas que estaban pasando.

342 N: Ok, entiendo, bueno y en cuanto al tratamiento psiquiátrico y el hecho de tener que ir
343 al psiquiatra, todo esto que es como bien importante para tí, qué crees que significa para
344 tí el ir al psiquiatra y tomar un medicamento.

345 V: Eh... bueno para mí como te dije, al principio era todo un tema y, y, y creo que es un
346 tema de ego al final de decir cómo no, yo soy lo máximo, yo soy psicólogo, no puedo
347 tomar medicamentos. Al final fue, o sea yo creo que nadie en mi vida dejó de saber que
348 yo estaba en el psiquiatra, y que yo, o sea, eh hace muy poco yo estaba atendiendo a dos
349 niñas adolescentes, y era muy divertido porque en un momento le dije a una de ellas, que
350 ella tenía todo un proceso complicado de ansiedad. Y yo le dije ‘o sea mira sí yo fui al
351 psiquiatra’. Y ella se quedó así como ‘wow y cómo es eso’. Y yo así como ‘bueno es tal
352 cosa’ y le expliqué, o sea ‘bueno tú vas’ y, en mi caso yo fui por todo el proceso
353 terapéutico que estaba viviendo. Y ella se quedó viéndome así y me dijo, ‘bueno si tú
354 puedes ir al psiquiatra por qué yo no’. Y yo así como ‘gracias’ (risas), es más o menos o
355 sea, creo que al final para mí fue un aprendizaje ir al psiquiatra. Para mí fue como

356 exponerme a otra cosa que yo no pensaba que yo podía estar, y por eso digo yo creo que
 357 no hay nadie que me conozca a mí, realmente que no sepa que yo haya ido al psiquiatra
 358 y que yo haya tomado pastillas y que haya sufrido de depresión y que sufro de ansiedad.
 359 Porque mi ansiedad, la ansiedad en mí, la ansiedad circula en mí, o sea la ansiedad para
 360 mí es algo que está. No, nunca se ha terminado de ir. La depresión sí, pero la ansiedad
 361 no, la ansiedad sigue.

362 N: Bueno, ¿cómo dirías que te concibes a tí misma actualmente luego de haber pasado
 363 por todo este proceso?

364 V: Cómo me veo, sabes yo... no sé yo creo que soy normal ¿no? (risas) no sé o sea creo
 365 que... sigue habiendo mucho miedo, eh... para mí, y lo he hablado con Mariana también,
 366 de yo no quiero caer en una depresión y creo que tiene que ver con todo el tema de lo que
 367 yo viví. Entonces era como, o sea, yo terminé la relación no hace mucho, hace seis meses,
 368 pero para mí era como 'yo no quiero volver a caer en una depresión, yo no quiero volver
 369 a caer en eso'. Y dejaba de lado un poco lo que sentía para no caer en una depresión,
 370 cuando si no lo vives no lo vas a... o sea, si no vives lo que estás pasando lo vas a guardar
 371 allí y no lo vas a elaborar el duelo ¿no? Y creo que es eso ¿no? Creo que aprender a
 372 elaborar el duelo, concebirme como bueno sí, o sea en algún momento vas a volver a caer,
 373 que no es una depresión lo que te va a dar. Bueno, sí, pero vas a estar triste. Yo puedo
 374 estar triste. Puedo, puedo caerme, puedo fracasar de alguna manera, pero puedo seguir y
 375 creo que eso me ayudó mucho. O sea, el proceso como tal me ayudó mucho en eso en
 376 poder verme a mí misma como alguien que se puede levantar que es capaz de levantarse,
 377 que no me voy a morir porque esto pasó ¿no? Y creo que es como lo más gráfico para mí,
 378 creo que es lo más representativo para mí poder decir eso, poder tenerme a mí misma y
 379 decir 'bueno sí, no pasó nada, no te vas a morir por esto que acaba de pasar' o 'no te vas
 380 a morir por equis, por irte del país no te va a pasar nada'. Eso para mí está en un proceso
 381 y aceptarme que yo puedo ser, que yo puedo volver a caer en una depresión también está
 382 en proceso, pero concebirme a mí misma más allá de cómo me concebía antes, mira sí,
 383 creo que me veo un poco más frágil, solo que no lo doy a ver a los demás. Es como algo
 384 muy mío, y como también... wow no sé cómo explicarlo es como el traje de batman, no
 385 sé ¿sabes? Como que de alguna u otra manera eso me protege de muchas cosas que puedo
 386 vivir es como bueno no te acerques acá, o sea es como de alguna u otra manera para mí
 387 la ansiedad principalmente. Y bueno todo el proceso depresivo para mí ha sido como

388 darme cuenta de dónde puedo pisar y dónde no, o como puedo andar en el mundo
389 sabiendo que, bueno que sí, que me puede pasar que me puedo sentir mal y no pasa nada.

390 N: ¿Dirías que hay un antes y después de quién eres tú según el proceso de depresión?

391 V: No entendí.

392 N. O sea ¿sientes que ha habido un cambio significativo en cuanto a la persona que eras
393 antes y a la que eres ahora?

394 V: Sí. No sé si significativo, pero sí. O sea o siento que sí (risas) hay muchas cosas que...
395 o sea por lo menos ahora yo soy capaz de ser más directa con la gente, trato de no
396 guardarme tanto las cosas porque creo que eso también ocasionó que todo pasara entonces
397 es como tampoco es que voy por la vida diciéndole a la gente a la cara 'ay mira tú', no.
398 O sea es como saber ver a quién le dices las cosas y cómo decirlas y antes no me pasaba,
399 antes yo trataba de guardar mucho mucho mucho más y ahora me expongo un poco más.
400 Y he buscado como maneras de exponerme que no revistan, sí o sea el daño que me
401 puedan hacer por exponerme. Entonces es como bueno, no sé ahí hay cosas que yo no
402 hubiese hecho antes, pero ahora hago teatro, antes en la vida se me hubiera ocurrido hacer
403 teatro en la vida, o sea no, este... ahora ya llamo a mis amigos y les pido ayuda, antes en
404 la vida se me hubiese ocurrido decirles. Yo tengo una mejor amiga que la conozco de
405 hace como 20 años, y en la vida a mí se me ocurrió durante todo el proceso depresivo
406 decirle, 'Mari me siento mal'. Ahora, o sea cualquier cosa que me pase que sea
407 significativo para mí, yo lo primero que hago es compartirlo, no tanto por ella sino por
408 mí, porque yo necesito sacarlo y ahí está ella y creo que eso me ayudó mucho eh... me
409 ayudó a contactar al otro más allá de mí misma, es como no estar sola, es la sensación
410 que quedó después de todo lo que pasé, no estar sola.

411 N: Ok, ¿y dirías que este contactar con el otro fue importante para el proceso?

412 V: Sí. Para el proceso de depresión sí, sí, o sea ya en ese momento... ahorita tengo muy
413 pocos amigos acá, en ese momento tenía un poquito más, pero tampoco es que eran
414 muchos (risas). Y una de mis amigas de la carrera, ella estudió primero en la católica,
415 después se fue para la central, nosotras no comenzamos juntas, nos conocimos en el sexto

416 semestre, ya casi que al final y ella fue la única que estuvo allí durante todo el proceso de
417 depresión. Todo el proceso de depresión ella estuvo ahí acompañándome durante todo el
418 proceso y todo fue porque yo le dije ‘mira me siento mal y me está pasando esto’. Y
419 Mariana, ella también la conoce porque Mariana la atendía también a ella. Y mira Mari
420 me dijo tal cosa y ella me dijo ‘bueno vente para la casa y me fui para allá’, estuve allá
421 unos días y gracias a eso yo como que me di cuenta de que puedo contar con la gente. Y
422 bueno, ahora es mucho más fácil para mí entrar en contacto, o sea claro es mucho más
423 fácil también porque en mi caso también mis amigos son psicólogos ¿no? Y eso ayuda
424 enormemente, pero más allá de eso este... es como saber que existe otro y para mí eso es
425 muy importante y en el proceso fue muy muy muy, o sea eso a mí me estructuraba.

426 N: ¿Y en el proceso nos podrías describir cómo eran tus relaciones?

427 V: Bueno, gracias a Dios tengo un hermano que es una maravilla, él no hace nada, él vive
428 solo en mi casa y no hace nada, para cualquier familia sería como el parásito de la casa
429 (risas) pero a mí me ayudó muchísimo. O sea eh... yo, yo comencé psicología como
430 psicología del deporte y es mi área de trabajo donde más me siento bien, yo amo el fútbol
431 y el fútbol a mí me... en ese momento yo no quería ver fútbol y no quería ver deporte.
432 Mira no quería saber nada de nada de eso porque mi ex novio era futbolista y claro yo no
433 quería tener nada que ver con eso. Y mi hermano en ese proceso entraba en mi cuarto y
434 me decía están pasando el juego del barsa. Yo soy del barsa y amo el barsa y yo así como
435 ‘yo no quiero ver el barsa, qué fastidio yo no quiero ver fútbol’. Y él llegó a poner el
436 juego en mi cuarto y se sentaba y para mí solo eso, solo eso, significaba tanto que mi
437 hermano no lo notaba pero yo lo sentía como ‘wow tú no sabes lo que significaba para
438 mí que tú no hables pero que estés aquí acompañándome’, y creo que eso para mí fue
439 como saber que no estaba sola ¿no? Me voy a poner a llorar.

440 N: Tranquila.

441 V: Este... eso para mí fue muy importante ¿no? Y más allá de eso eh... bueno mi amiga,
442 ella se llama Linda, (pausa un momento porque se le salen las lágrimas)...

443 N: Tengo kleenex...

444 V: Tranquila (risas) yo soy así, un trauma emocional... este... Linda me acompañó durante
445 todo ese proceso, tengo una amiga en Argentina que en ese momento no estaba acá, estaba
446 en Argentina, que también es de la carrera que como podía me escribía y estaba muy
447 pendiente, Y era muy extraño para mí porque ella estaba comenzando a vivir en Argentina
448 entonces yo decía, ‘coño ya va, preocuparte por tí, porque eso es difícil vivir en un país
449 nuevo con todo lo que te está pasando’. Y ella siempre estaba pendiente, solo me escribía
450 “¿cómo te sientes hoy?”, esto “qué chévere” y ya, o sea no era a profundidad, no,
451 entrabamos a detalles de decirle y que ‘ay yo me siento...’, ‘cuéntame de tu vida’. Sino
452 era simplemente como, como ese el there de Sheldon, o sea como ese pasarte la mano,
453 eso para mí era muy importante y ellos tres fueron como la base. Y mi mejor amiga casi
454 no estuvo, pero porque yo no deje que estuviera, porque no quería que me viera así, para
455 mí era todo un tema que ella me viera así. Y fue muy divertido porque ahora ella sufre de
456 ansiedad en el embarazo, que ella acaba de parir, y me da mucha risa porque me llama a
457 mí y me dice ‘ay me siento mal’. Y yo y que ‘mmm bueno yo te ayudo’, pero claro es
458 para mí muy complicado que ella entrara en ese contexto conmigo. Y ella estuvo y ella
459 quiso estar pero yo no dejaba como que me viera mucho en ese proceso ¿no? Y luego de
460 eso yo entré a hacer un diplomado de psicología corporal, porque a mí me gusta esa cosa,
461 y conocí a una amiga que se llama Valeria como yo, ella dice que somos las alter-val, y
462 ella también me ayudó mucho. Ella fue como un sostén que yo no esperaba que apareciera
463 en ese momento. Para mí la gente era como gente que aparecía y no sabía lo que estaban
464 haciendo pero de alguna manera ayudaban, y no era como un ‘tranquila todo va a estar
465 bien, no te preocupes si no lloras y tal’, no. Era gracias, no sé o sea, debe ser el cosmos o
466 Dios no sé, nadie me dijo a mí ‘todo va a estar bien, todo va a pasar’, sino más bien todo
467 lo contrario, ‘llora y vive tu vaina y después vemos cómo hacemos.’ Y aquí también o
468 sea este espacio para mí fue, fue terapéutico. Este mi jefa y mi otra jefa fueron mis
469 acompañantes, o sea si yo tengo que trabajar, yo tengo que seguir, yo no quería. Mariana
470 me lo había propuesto, ‘pide un permiso en el trabajo, yo te doy una constancia de que
471 estás deprimida’. Y yo ‘no, o sea yo tengo que seguir, yo quiero seguir, yo quiero
472 seguir’... y creo que eso a mí me hacía como... para mí como la imagen siempre ha sido
473 como partes rotas que han ido como acomodando y eran ellos los que me acomodaban
474 ¿no? Yo no podía mucho, no, y eso me ayudaba mucho y mi mamá, mi mamá fue como...
475 fue muy buena en ese proceso de dejar ser, de no coartarme de no decir ‘bueno sí, todo
476 va a estar bien’. O sea como cualquier mamá obviamente me abrazaba y me decía sí ‘todo
477 va a estar bien hija y tal’, pero más allá de eso era como ‘no importa, o sea yo estoy aquí

478 para tí'. Y tanto fue el estoy aquí para tí que ella se acostaba conmigo... y entonces bueno,
479 era así.

480 N: Ok, bueno como te comentamos antes, la tesis tiene una perspectiva de género,
481 entonces bueno, para entrar un poco en ese tema me gustaría que nos dijeras más o menos
482 qué significa ser mujer para tí.

483 V: Está complicado, es burda de complicado. Este... bueno, no sé, y menos en el boom
484 de ahora con todo lo que está pasando este... No lo sé, no sé cómo explicarlo. No sé, no
485 sé, no sé, ¿qué es ser mujer para mí? Mira... no lo sé, no sé. O sea es que para mí no sé,
486 no tiene como una definición, no es una única definición, tiene como eso que hablábamos
487 mucho en primer semestre con un profesor y no sé, o sea físicamente te puedo decir cosas,
488 pero o sea no sé (risas).

489 N: Ok, bueno y teniendo ese no sé en la cabeza, ¿crees que el ser mujer influyó de alguna
490 manera en tu experiencia?

491 V: Sí, totalmente. No sé si es que las mujeres nos deprimimos más, no sé si es, no sé, pero
492 para mí creo que me ayudó a salir del proceso ¿no? Creo que... porque me di cuenta que
493 estaba en un proceso y que sabía que no era fácil estar en ese proceso, o sea yo he conocido
494 hombres deprimidos y ellos no se dan cuenta. O sea por lo menos es lo que he vivido yo,
495 mi experiencia ha sido como '¿y tú no te das cuenta de que estás deprimido?', o sea mira
496 lo que te está pasando'. Y para ellos no, o sea no, no, no, y yo me quedo así como que es
497 obvio ¿no? Y en cambio he conocido mujeres que han sido diagnosticadas y es como es
498 muy fácil darte cuenta pues, o sea tú lo sientes. También los hombres que he conocido
499 son psicólogos y eso creo también que puede afectar un poco en la percepción, pero creo
500 que sí creo que me dio herramientas para estar donde estoy, o sea para pararme y decir
501 bueno si es diferente, para mí sí se siente diferente verme aquí donde estoy ahora, si creo
502 que se debe sentir diferente siento mujer y hombre.

503 N: ¿Y cómo crees que influye precisamente el ser mujer en la forma en que se siente?
504 ¿Cómo se podría diferenciar de la vivencia de un hombre?

505 V: Creo que para mí es como darte cuenta, no sé si es que las mujeres estamos más
506 conectadas con nosotras y el hombre está más conectado con el afuera. Entonces es como
507 coño, tú empiezas a sentir, o sea ¿sabes? Tú te sientes como pesado y tenemos un tema
508 que creo que nos ayuda mucho que es la menstruación, que tú sabes cuándo te sientes,
509 cuando te vas a sentir triste en una menstruación y tú lo sabes y tú dices, ‘coño, es que yo
510 sabía que esto iba a venir’. Y como que tú te das cuenta de tus cambios hormonales, y
511 creo que los hombres no lo viven de esa misma manera entonces es como bueno sí, esto
512 es distinto, o sea la pesadez, el cuerpo, la cabeza, o sea como los pensamientos atacan
513 enseguida, entonces es como bueno, ¿será que estos pensamientos míos, de dónde vienen?
514 Yo creo que para mí como mujer fue darme mi vida.

515 N: Ok, ¿y qué crees que significa el ser mujer y haber pasado por depresión? ¿Tiene algún
516 significado para ti?

517 V: No, creo que a cualquiera le puede dar, pues, o sea no es algo exclusivo de las mujeres,
518 que haya prevalencia mayor en mujer es otra cosa, pero creo que no es algo exclusivo,
519 creo que se da y ya, o sea no.... Obviamente hay gente que es orgánica y que tenga sus
520 características eh... en su cerebro, pero de resto creo que no tiene nada que ver con ser
521 mujer o hombre de la depresión. Yo creo que la depresión nos da a ambos solo que bueno,
522 creo que cada quien la vive como tiene que vivirla y la experiencia de ser mujer creo que
523 son distintas en ese aspecto de lo que te decía, o sea en conocerte un poco más.

524 N: Ok, chévere, bueno no sé si tú quieres agregar alguna otra cosa.

525 A: Bueno, que en algún momento de la entrevista mencionaste como que la depresión era
526 como que algo por lo que pasaste, pero que de alguna forma todavía estás ahí, quería
527 preguntarte por eso.

528 V: Bueno, yo no sé si es algo que vivimos todos los que tenemos depresión, pero nunca
529 lo he preguntado, pero para mí, o sea cada vez que tengo como un proceso de tristeza, yo
530 soy muy melancólica, o sea yo suelo ser melancólica. Y bueno mi relación terminó, todo
531 esto pasó y yo empecé a vivir otra vez procesos de ansiedad, y en este momento no tengo
532 depresión, obviamente no tengo, puedo reconocerlo, pero sí tuve un momento de pensar
533 de ‘¿será que estoy deprimida o no lo estoy?’. Entonces fue como, por eso te digo, no sé

534 si es un proceso que va a estar a lo largo de mi vida conmigo, o sea no... es como una
535 enfermedad incurable ¿sabes? Como... como que está allí. No sé si lo ves.

536 A: O sea que, ¿tú lo ves como una enfermedad incurable?, ¿O que no sabes si es una
537 enfermedad incurable?

538 V: Yo la veo como, sabes... ¿Cómo lo veo a ver si lo?... como el sida, eso está ahí como
539 el VIH, está ahí, está en tu sangre, está ahí, pero no sabes en que momento va a aparecer
540 pero está allí, es como... si, es como si tal cual, como el VIH, no lo puedo ver de otra
541 manera, es como está inoculado ya en mí, o sea no hay manera de que yo no, para mí, que
542 yo no la pueda volver a vivir, o sea para mí es como un proceso de que, bueno sí, yo pase
543 una vez por una depresión y eso no significa que ya yo estoy inmune, entonces ya yo
544 mira, no... No sé si lo ven.

545 A: Sí, lo veo, lo veo.

546 N: ¿Y tú antes de haber pasado por esto pensabas de esa manera?

547 V: No, (risas) no, jamás me imaginé que... Uno, no me imaginé que la depresión es así, o
548 sea cómo se vive en el cuerpo. Y segundo, jamás me imaginé que podía ser tan fuerte, o
549 sea que el cambio, que el después iba a ser tan distinto. O sea porque no es distinto que
550 tú la veas y que 'ay mira sí, cambié', como cambian las medias, no. Tiene que pasar el
551 tiempo y eso es un tema, es un tema de vida, para mí el tiempo es un tema, yo no tengo
552 paciencia, entonces darme cuenta de que tengo que esperar y que todo tiene su tiempo es
553 un tema.

554 A: Ajá, y este tema que dices que lo ves como el sida, ¿cómo crees que impacta, o crees
555 que impacta en quien eres, en la forma como te concibes?

556 V: Creo que tengo celos, sabes celos ante las cosas todavía me protejo un poco y trato
557 como de no establecer como relación hasta que yo no sepa bien en donde estoy... pero
558 igual no puedo hacer nada o sea es como si va a pasar va a pasar. Y entonces, pero eso te
559 digo, no sé cómo explicarlo, describirlo de otra manera como tengo que seguir ¿no? Y
560 como tengo que seguir, por más de que tengo el pensamiento de que eso puede volver a

561 ocurrir no significa que eso vaya a pasar por todo lo que vaya a hacer en la vida. Entonces
562 es como bueno, sigo y ya, no sé.

563 N: Sí, o sea no vas a dejar de hacer lo que vayas a hacer por este miedo de volver a caer
564 en depresión.

565 V: Sí, correcto.

566 N: Bueno, creo que por ahora...

567 V: Listo.

ANEXO D

ENTREVISTA CON CAROLINA

Segunda entrevista: 21/02/2018.**Carolina, 25 años.****Entrevistadoras: A y N.****Entrevistada: C.**

568 N: bueno antes de empezar quisiéramos que nos contaras un poquito de ti, cuántos años
569 tienes que trabajas.

570 C: Soy Carolina, tengo 25 años, soy graduada de comunicación social de la Católica,
571 mención artes audiovisuales. Actualmente trabajo como coordinadora creativa en xxx en
572 donde funcionamos como una agencia de publicidad, porque nuestros clientes son marcas
573 pero no funcionamos como una agencia tradicional de mercadeo o publicidad tradicional,
574 sino que lo nuestro es contar historias. Entonces es algo que a mí me encanta porque yo
575 quiero ser guionista, estoy preparándome para hacerlo estando aquí, y bueno lo que me
576 interesa es contar las historias, entender, supongo que ponerme en los zapatos de los
577 demás, de conocer sus sentimientos, sabes, explorar distintas emociones el desarrollo de
578 las historias. Soy la tercera de tres hijos, tengo una hermana mayor y un hermano que es
579 cineasta también, este, ¿qué más quieren saber de mí?

580 A: ¿Estás casada, tienes hijos?

581 C: No, estoy soltera, soltera sin novio, reciente (risas), tengo seis meses. Tengo un gato,
582 un gato que es como mi hijo (risas) se parece a mí. Soy un poco, soy introvertida. La
583 palabra no es odiosa pero puedo resultar odiosa, además mi cara no ayuda, pero realmente,
584 eh soy fría, como antipática, no soy muy abierta con todo el mundo, no soy como esas
585 personas que son amigueras, así, sino que soy como más bien un poco, eh selecta con la
586 gente con la que puedo compartir, eh... me gusta cantar... ¿eso querían saber?

587 A: Sí, ya con eso está bien, era una breve descripción...

588 C: Les adelanto que yo he estado en psicoterapia toda mi vida, en psicoanálisis, desde que
589 tengo cuatro años he estado con una psicoanalista que es psicóloga infantil, este, y
590 después me cambié a partir de esa depresión hace cuatro años, me cambié a un psiquiatra
591 porque como que sentí la necesidad de que me medicaran. También sufro de

592 tricotilomanía, que ustedes a lo mejor saben qué es, es que me arranco el pelo, este... es
593 algo que lo he tenido toda mi vida, no... Todavía no encontramos la causa de... y es algo
594 que me he quitado y ha vuelto intermitentemente. Este...

595 N: ¿Y por qué vas a psiquiatra? ¿No? desde los cuatro años dijiste que vas al psiquiatra.

596 C: Sí, yo empecé a ir por el tema del pelo.

597 N: Ok.

598 C: Pero poco después se murió mi mamá, o sea cuando yo tenía cuatro años, este y bueno
599 es un duelo que tenía que trabajar obviamente con un especialista, y en mi caso mi papá
600 es psiquiatra, entonces siempre estuvo esa opción sobre la mesa y bueno cuando uno es
601 así de chiquito necesitas ayuda para entender qué es lo que significa que mamá se haya
602 ido al cielo, y que ‘ay estás allá arriba, por qué no bajas’, ese era como mi razonamiento.

603 A: Y te mantuviste yendo a...

604 C: Sí, yo dejé de ir a esa psicólogo, lo que pasa es que claro, ver a esa psicóloga que
605 además era amiga de mi papá tanto tiempo se convirtió como en que ella era una mamá
606 sustituta. Pasa mucho cuando se muere un padre, cuando se murió mi mamá habían
607 demasiadas personas que querían ser mi mamá sustituta (risas) eh, y te agarran como un
608 cariño especial y en cuanto a mi psicóloga, que ella fuera como mi mamá no me estaba
609 funcionando (risas), o sea que llegaba con un problema, que estaba con este tipo y
610 entonces el tipo me dejó y estoy mal, y ella me decía como ‘ay pobrecita, mi niña, ese
611 tipo es malo’ y no me estaba ayudando, o sea ya estaba en un momento en que me estaba
612 consolando.

613 N: Sí, ya la relación era otra.

614 C: Sí, exacto, entonces me decidí cambiar y le pedía a mi papá que me pusiera con alguien
615 más, una psicoanalista también pero psiquiatra, que quería que, o sea tenía el tema porque
616 ya lo del pelo no lo estaba solucionado por voluntad propia, eh y necesitaba medicación.

617 N: Ok, ¿y qué edad tenías tú cuando te cambias para esta nueva psiquiatra?

618 C: Eh como veintiuno.

619 N: Entonces desde los cuatro hasta los veintiuno estuviste con la misma.

620 C: Con la misma, con mi psicóloga.

621 A: Y cuéntenos con mayor detalle qué fue lo que sucedió ahí.

622 C: Sí, es complicado porque, o sea surgió, digamos el catalizador fue, yo tuve un novio
623 por cinco años, eh un novio que probablemente tuvo que haber estado máximo dos años,
624 o sea era mi novio del colegio y yo no quería terminar con él porque me daba miedo estar
625 sola pero finalmente tuve el valor y las bolas de terminarle (risas) y tenía diecisiete años
626 y no había pasado por esa época de sabes, de loquear. Entonces, me puse a loquear a los
627 veinte años y me encontré con un tipo que quería tener una relación casual y yo pensaba
628 lo mismo, que yo quería tener una relación casual, pero yo no sabía lo que eso significaba,
629 ni cómo me iba a afectar a mí, este... y esa relación casual terminó convirtiéndose en
630 una relación en la que nos veíamos todos los días pero no éramos nada y de un día para
631 otro él como que, o sea el siempre me dijo como que no quería tener nada serio y yo le
632 decía que sí pero en realidad no quería eso, pues (suspira). Y de un día para otro
633 desapareció de mi vida por completo y empecé a sentirme super mal, el rechazo me pegó
634 muchísimo, al nivel que tuve así, un desorden hasta alimenticio que no podía, o sea me
635 daba como, o sea comía y me daban ganas de vomitar, eh y eran repentinos, este, empecé
636 a chocar en mi carro, o sea choqué en un mes, choqué dos veces fuerte el carro, bueno la
637 segunda fue más fuerte y fue yendo a la universidad, no es que estaba que si borracha, ni
638 nada de eso, sino yendo a la universidad, con este mismo tipo, este, me distraje, no estaba
639 viendo, no se, este, choqué y fue como muy duro. Tuve la muerte de mi abuelo, también
640 estuvo ahí como, sabes fue como muchas cosas, tuve episodios muy fuerte de estar
641 borracha y con el tipo, de fiesta, hice el ridículo, y bueno, este, nada me sentía muy mal,
642 estaba demasiado triste, estaba demasiado decaída, me sentía como sola pero muy mal, o
643 sea un día me desperté en el piso y no me acordaba de cómo llegué ahí. Adelgacé
644 muchísimo, bueno no muchísimo, como cinco kilos, por eso mismo de que si comía
645 vomitaba y no comía, no tenía apetito, y ese fue el catalizador de... ah mi hermana se
646 estaba yendo a vivir a otro lado, también, eh creo que fue como una combinación de
647 muchas cosas, pero creo que el catalizador fue este tipo y su rechazo, y al final nunca me
648 ayudó, o sea él como que me dejó muy muy, este... y bueno en ese momento empecé a ir
649 a la psiquiatra, me cambié, el cual fue muy bueno porque ella fue mucho más dura
650 conmigo y me puso las cartas sobre la mesa y además había como debajo de todo ese
651 episodio un duelo por la muerte de mi madre no resuelto. O sea quizás cuando era chiquita
652 me funcionaba la forma en que resolvimos el tema de mi mamá pero ya de grande me

653 estaba haciendo como una falta ahí como un... o sea... es que también mi mamá murió en
654 unas circunstancias muy extrañas, es que tuvo un accidente que tu lo pones en una película
655 y es y que, o sea, se dio un golpe con el carro de mi casa o sea, se desmayó y pensábamos
656 que simplemente se había desmayado y llegando a la clínica cuando llegó estaba muerta,
657 y era una muerte tan rara que realmente no me la explicaron y yo la entendía como una
658 cosa que realmente no fue y entonces creo que a partir de ese momento también empecé
659 a hacer como un estudio de entrevistas con la gente que había presenciado, o sea no que
660 lo había presenciado pero que había tenido, o sea que estaba conciente cuando eso sucedió
661 y fui completando yo la historia. Este, y eso creo que me ayudó digamos a tener un duelo
662 más sano, pero... ya va esta pregunta como qué fue (risas) ¿qué fue lo que me ocasionó
663 la depresión? bueno catalizada por este tipo, este tipo se llama Javier, este, y... y bueno
664 no sé, yo supongo que con análisis, mucho análisis este, y... medicación, yo tomo
665 Sertralina, pues fui mejorando un poco.

666 N: ¿Sigues tomándola actualmente?

667 C: Sí. Sí, pero no la misma dosis que tomaba al principio, tomo la mitad.

668 N: ¿Y todo esto hace cuánto fue?, no sé si lo dijiste.

669 C: Hace cuatro años. Sí, empezó hace cuatro años. A ver, yo conocí a Javier hace cuatro
670 años (saca la cuenta murmurando) en el 2013, estamos a 2018, fue hace casi cinco años.

671 N: Ok, y tu empiezas a verte con ella...

672 C: Hace cuatro.

673 A: ¿Qué fue lo que te llevó a buscar ayuda?

674 C: Bueno, estar demasiado mal. O sea, llegar de... de... de... o sea había un momento
675 que yo estaba harta de sentirme mal, estaba harta de estar triste, estaba harta de que no
676 pudiese levantarme para salir con mis amigas, este... también tengo una amiga que su
677 mamá también se murió y un día que me vio llorando de la nada ella me dijo como 'Caro,
678 ¿a tí te ayuda ir a tu psicólogo?' y yo y que 'bueno, sí, no sé', o sea, como que no estaba
679 segura y me metió eso en la cabeza de 'yo creo que tú necesitas más ayuda, porque no
680 puede ser, no puede ser que tu estés así' y eso me hizo reaccionar también de, es verdad,
681 yo tengo ayuda, o sea lo que estoy haciendo debería ayudarme pero yo sigo igual, yo
682 tengo no sé, mucho tiempo así, tres, cuatro meses pasé o sea es que estaba muy mal, y

683 bueno fue así como yo misma me puse y le dije ‘papá yo necesito un psiquiatra’,
684 obviamente hay una relación con mi papá, yo tengo daddy issues, porque obviamente mi
685 papá, este... antes de que se muriera mi mamá, mi mamá estudiaba en Estados Unidos y
686 mi papá era el que me cuidaba, entonces esos años que uno debe estar con su mamá al
687 principio yo lo pasé con mi papá y después volvimos, mi mamá se murió y mi papá se
688 puso a trabajar mucho, tuvo una novia, pasaba mucho tiempo con la novia, yo estaba
689 mucho tiempo sola y eso también fue una de las cosas que me pudo haber causado
690 digamos este... ¿tristeza profunda, depresión? y necesitaba entender digamos que
691 ¿aprender a estar sola?, quizás por eso busqué a alguien como Javier que me acompañaba
692 de a ratos, pero al final no solucionaba el problema... creo que eso.

693 A: Y una vez que buscaste ayuda, ¿cómo te comunicaron lo que te estaba sucediendo?

694 C: No entendí la pregunta.

695 N: ¿A tí te dieron un diagnóstico, cómo te explicaron lo que estaba pasando?

696 A: Exacto, ¿cómo te dijeron acerca de la medicación, del tratamiento?

697 C: Bueno, a lo mejor yo soy un caso particular porque como toda mi vida he estado
698 rodeada de psicoanálisis, de bueno psicoanalistas, yo como que entendí por mi cuenta que
699 lo que me estaba pasando no era que estaba triste y ya. No me acuerdo, probablemente
700 mi psicóloga me dijo en algún momento ella misma que yo tenía depresión, me lo dijo en
701 alguna de las sesiones, no sé cuál fue, no sé bien, no fue cuál fue el procedimiento, no fue
702 que me sentaron y me dijeron, así no como que te sentaron y te dijeron que tienes cáncer,
703 sino como parte de la sesión, este, incluso ella, bueno como sabe que mi papá es
704 psiquiatra, recomendó que me... que me... que me medicaran con Sertralina, pero allí
705 obviamente no puede hacer eso, este, y mi papá también estaba como medio, no sé, no le
706 gustaba la idea de que me medicaran, yo soy su hija y él es psiquiatra, entonces no quiere,
707 pero así de sentarse y comunicármelo, no sé, yo como que lo sabía también
708 instintivamente.

709 A: Y tu, o sea cuando te cambiaste a...

710 C: De psiquiatra, claro, cuando me cambié, me empecé a ver con ella y yo le dije que yo
711 creo que necesitaba que me medicaran y ella no me medicó porque yo se lo pidiera ni
712 nada, sino más bien fue como que ella quería hacer psicoterapia antes porque le parecía

713 importante que yo tuviera mi duelo ¿no?, este... entonces no sé, pasaron tres, cuatro
714 meses sin estar medicada, o sea sólo terapia, y después se lo volví a mencionar y ella me
715 medicó, o sea me dijo que ‘bueno está bien, vamos a empezar así con Sertralina’, también
716 en ese momento el tema del pelo lo tenía muy fuerte y me medicó también Risperidona
717 que es un antipsicótico, este... pero eso lo dejé porque me estaba dando demasiado sueño.

718 N: ¿Y por cuánto tiempo tomaste la Risperidona?

719 C: No me acuerdo, a lo mejor como por un año.

720 N: Ok.

721 C: También me la estaba tomando muy mal, o sea era porque la Risperidona antes venía
722 como unas pastillas, después no había medicamentos, entonces bueno la estaba tomando
723 muy mal y la verdad que yo no sentía que me estuviese funcionando. La Sertralina sí sentí
724 que me ayudó. ¿Cuál fue tu pregunta?

725 A: Que cómo te lo...

726 C: Que cómo me lo comunicaron, ajá.

727 A: O sea, como si en algún momento...

728 C: No, no hubo una sentada de ‘lo que tú tienes es depresión clínica’, sino eh.... fue medio
729 instintivo y yo misma lo mencionaba, o sea de que yo no quería seguir estando deprimida.

730 A: ¿Pero por parte de tu psiquiatra no hubo mención a como la depresión y eso?
731 Específicamente.

732 C: No, no sé. O sea no recuerdo que ella me haya dicho así como que ‘tú estás deprimida’
733 o lo que es la depresión, no se sentó a hablar conmigo, pero yo creo que es porque yo
734 entendía, o sea ya tenía una buena idea de lo que es depresión. O sea de sentarse y que
735 ‘bueno porque la depresión es así, y esto es un síntoma de la depresión’, no lo
736 conversamos.

737 N: ok, y tu dices que lo supiste como instintivamente, ¿qué pensaste tú, qué sentiste tú
738 cuando te diste cuenta de que algo estaba pasando?

739 C: ¿Qué sentí? estaba triste, pues (risas)... creo que hay una cosa que es muy difícil de la
740 depresión, que es que la gente no entiende que es una enfermedad, pues o sea que es algo,

741 eh, digamos que uno no puede evitar, yo por un momento pensé que lo que estaba
742 haciendo era débil y que tenía que ponerme un par de bolas y salir pa' lante y... y... y
743 dejarme de eso ¿no? Probablemente fue antes de que realmente buscara ayuda pero yo
744 pensaba que tenía que dejar eso, o sea que tenía que ser como que, que tenía que ponerme
745 como las pilas, y ya está y 'estás triste, deja de estar triste, levántate y ya'. Fue... me dí
746 como golpes de pecho que ahora entiendo que fueron innecesarios porque no entendí, o
747 sea no había nadie a mi alrededor que me dijera, o sea más allá de mi familia o mi
748 psicóloga me dijeran que estaba bien estar deprimida, o sea más bien me decían 'pero
749 marica, párate, o sea vamos a salir o vamos a hacer cosas' y yo quería pero no podía, no
750 podía. Y... ¿y cuál fue la pregunta, cómo me sentí? Me sentía, cuando me di cuenta...
751 bueno no sé, lo que te estoy diciendo es previo a como a darme cuenta, no sé, creo que
752 no te respondí la pregunta.

753 A: Sí, o sea como que qué te hizo intuir como tú dices que tenías depresión, o que estabas
754 deprimida.

755 C: Que no me podía levantar, o sea que me estaban dando unos ataques de ansiedad, de
756 nervios repentinos que me ponía a llorar de la nada, que... (suspira) que... eso, que me
757 desperté en el suelo y no me acuerdo de cómo llegué ahí, o sea no era normal, no era una
758 tristeza coherente con lo que me había pasado, o sea ¿de verdad yo estar así de triste
759 porque un tipo no quiere estar conmigo? o sea, no es como que... ay tampoco es que era,
760 no era ningún súper galán que, o sea era un tipo feo que yo conocí en mi vida, este, no
761 era ningún prospecto, no era que yo me estaba perdiendo de la vida si no estaba con él,
762 para nada, y yo estaba conciente de eso pero la forma en que me estaba sintiendo no era
763 coherente con mi razonamiento, era como que no podía, no podía evitar sentirme así, no
764 podía dejar de tener esa mente, me sentía demasiado sola, o sea esto de que me desperté
765 sola en el piso es algo que me pasó y que nadie a mi alrededor se enteró porque no tenía
766 nadie con quien estar no con quien compartirlo y era 'coño, o sea así me voy a morir'...
767 ¿eso responde su pregunta?

768 N: Sí, sí.

769 A: ¿Cómo describirías lo que es vivir con depresión?

770 N: ¿Cómo dirías que se siente?

771 C: Horrible (risas), incomprendida probablemente. Es bastante solitario... Es más que
 772 todo incomprendida y sentirse muy, muy... muy ajeno al resto del mundo, o sea...
 773 (suspira) cómo lo pongo en palabras. Es que tu puedes, o sea yo me sentía como ajena
 774 como a... a mi propio cuerpo a veces y observaba a los demás estando felices y
 775 compartiendo, jodiendo y yendo a fiestas y sabes, creciendo laboralmente y yo
 776 simplemente no podía, o sea no podía entender cómo los demás podían estar felices en
 777 ese momento. Y ojo, o sea no es algo que o sea, la depresión no es que, ustedes
 778 seguramente lo saben, pero no significa que estás triste todo el tiempo, o sea yo tenía mis
 779 momentos de reírme y joder y tal y de repente me iba 'pal piso, o sea no literalmente,
 780 bueno una vez literalmente, pero me ponía de la nada, estaba escuchando música, me
 781 ponía a llorar con mi grupo de amigas y estaba normal y me ausentaba de ahí y me metía
 782 en mi cabeza y entraba en una pálida, en una pálida... era muy difícil, era estar ajena, o
 783 sea ausente, distanciada, sola.

784 A: ¿Y qué significado tiene la depresión en tu vida?

785 C: Eh... creo que me ha vuelto una persona más... perceptiva y soy, bueno creo que eso
 786 también tiene que ver con que, eso, toda mi vida he estado en análisis y entonces digamos
 787 asumí que yo tengo depresión o soy propensa a la depresión me hace más consciente de
 788 mis emociones y de las emociones de los demás. Entonces... eh... digamos esto de
 789 quitarle el dolor, de sacarlo por la ventana y olvidarme sé que algo que no puedo hacer,
 790 se que es algo que tengo que tener encima, que si yo estoy triste tengo que estar triste y
 791 pasarla mal si tengo que pasarla mal, pero lo entiendo como algo que eventualmente me
 792 va a ayudar como me va hacer más fuerte, o sea estoy segura que o sea ser una persona
 793 depresiva o con depresión me hace entender... no sé, es como, también el haber superado
 794 ese momento, ¿no? y saber que las cosas van a mejorar, que puedo estar muy mal pero al
 795 final vas a superarlo y vas a estar bien. Supongo que esa es la respuesta, ¿cuál fue la
 796 pregunta? (risas)

797 A: ¿Qué significado tenía la depresión en tu vida?

798 C: En mi vida es un, no sé, supongo que una herramienta, ¿no? o sea aprendí pues, aprendí
 799 a los coñazos pero lo aprendí y ya, esto, lo que me pasó específicamente en ese episodio
 800 de este hombre ya eso a mí eso no me va a pasar, y no ha pasado, y he estado en relaciones
 801 casuales y me puedo poner triste si se acaban y yo quería que continuaran pero ya no me
 802 afecta como me afectó Javier. Es como bueno, me afecta tres días, una semana, dos meses

803 y puedo seguir con mi vida y no me afecta como de esa... de esa ansiedad, jamás, jamás
804 volvería a caer ahí, o sea es como 'estoy triste, que cagada, que mierda, pero'...

805 A: ¿Y qué te hace pensar que tienes propensión?

806 C: Eh... no sé. (Risas) No sé, o sea siento que está en mí como instintivo. O sea creo que
807 a lo mejor es que hay depresión en mi familia, en mi familia por parte de mamá había
808 como muchos casos de depresión. Yo eh, o sea yo ya tenía una vida difícil en la que he
809 estado muy... he tenido mucho dolor, mucho dolor que he tenido que superar... eh... lo,
810 la tricotilomanía me da como una pista de que hay algo que es emocional en mí que está
811 no resuelto y eso me hace pensar también que soy propensa a la depresión. No sé si está
812 bien, eso es lo que me hace pensar, o sea es como... siento que hay algo no ajustado en
813 mis reacciones de... ¿psico... patía? no sé.

814 A: ¿Y cómo crees que influyó el episodio que contabas en tu forma de ser?

815 C: Me ha vuelto más fuerte, o sea y me he vuelto muy consciente de, de mis emociones,
816 o sea ahorita yo siento que puedo agarrar mis emociones y tomar decisiones digamos un
817 poco racionales sabiendo que me pueden afectar, o sea que puede ser un golpe emocional
818 fuerte... siento que tengo un mejor manejo de esas emociones, o sea no que evito estar
819 triste jamás, o sea si tengo que estar triste tengo que estarlo pero puedo tomar una decisión
820 coherente a pesar de que sepa que puede causarme dolor. Para ponerte un ejemplo,
821 después de lo de Javier yo tuve varias, dos, tres, relaciones casuales...

822 A: ¿Con casuales a qué te refieres exactamente?

823 C: Bueno, que nos acostábamos una que otra vez, o sea no, eh...

824 A: No eran novios.

825 C: No, mentira, o sea ni siquiera es que nos acostábamos una que otra vez, es que no eran
826 noviazgos, exacto. O sea, yo salí con varios tipos pero no necesariamente nos acostamos
827 eh... hubo unos que con los que sí me acosté eh también tuve una experiencia increíble
828 que es que yo me fui a Canaima para trabajar en una película y allá me enamoré por tres
829 días (risas) de un mexicano que me encantaba y me prometió que iba a volver por mí y
830 yo me juré que iba a ir para México para estar con él eh, probablemente un mes después
831 me enteré que el hombre tenía novia y con ella vivía y hace un año me enteré que se casó
832 y que tienen un perro. O sea lo que pasó con él es que yo tenía la ilusión de que podía

833 pasar algo más porque además fue como súper intenso de estar como enamorados, o sea
834 summer love de tres días intensísimo, además el lugar más espectacular de la tierra, pero
835 por ejemplo lo que yo hice que creo que me ayudó a sanar eso, bueno obviamente con mi
836 psicoterapia ya ella debe estar harta, o sea no estar hasta, pero ella se hartó de escucharme
837 hablar de Benjamín, eh yo escribí una carta para él diciendo todo lo importante que había
838 sido esos tres días para mí y lo de pinga que había sido y que si en este momento en
839 adelante no pasaba más nada entre nosotros yo estoy contenta sabiendo eso. Y yo estoy,
840 o sea, me mantengo en esa posición, o sea yo puedo entender que pude haber tenido eso
841 y probablemente hubiese sido un foso en otra situación si no hubiese pasado lo de Javier
842 y yo me enamoro de este hombre que me dice que me va a llevar a México y me quedo
843 en Venezuela como una pendeja, o sea en otra, si no me hubiese pasado de Javier
844 probablemente me hubiese pasado con él, me hubiese vuelto loca, o sea me hubiese
845 muerto. Eh bueno y no me pasó pues, para nada, ni de cerca, o sea yo como que asumí
846 que eso pasó y fue un amor bonito y se acabó y seguí con mi vida y o sea, nada que ver.
847 Eh, por ejemplo con Javier, eh me he encontrado, he tenido encuentros amorosos post
848 todo eso y ahorita me sabe a verga, o sea como que a lo mejor es hasta satisfactorio saber
849 que no me importa nada el tipo, o sea me hace pensar que nunca me importó lo suficiente
850 yo lo que quería era no estar sola, este... y tuve una relación de dos años con, con mi
851 novio que probablemente es la mejor relación que yo he tenido, con el que empecé a salir
852 así digamos formalmente y nos empatamos y éramos del mismo grupo de amigos y la
853 verdad que era una relación súper bonita eh y se acabó porque yo me di cuenta que ya no
854 estaba enamorada de él y sabiendo que dejar de estar con él me iba a causar mucho dolor
855 porque él se había convertido en mi compañero y mi mejor amigo, en alguien como a
856 quien yo podía decirle lo que fuera y además que es alguien que me acompañaba, me hace
857 mucha falta, a mí no me gusta estar sola obviamente, no me gusta estar sola, la soledad
858 es algo que está siempre en mi vida y él era mi salida a la soledad este... yo sabía que ya
859 no estaba enamorada de él y terminé con él con mucho dolor y yo sufrí mucho y a veces
860 todavía sufro, este, pero lo hice conscientemente, o sea consciente de que no podía seguir
861 teniendo una relación solo por no estar sola y a pesar de que me diga... eso me hace, yo
862 siento que eso es lo que la depresión me ha dejado, o sea que puedo estar conciente de
863 que las cosas pueden, que puedo tener un dolor en mi vida y... y convive con digamos
864 las visiones racionales.

865 N: Bueno, y esta misma pregunta pero en cuanto a qué impacto crees que ha tenido esta
866 depresión sobre la manera en que tú te ves a tí misma.

867 C: Yo tengo muchos problemas viéndome a mí misma. Eh... así que no sé bien cómo
868 responderte. Yo me veo como una mujer fuerte, eh... con muchos problemas para, para...
869 eh... o sea tengo como una medio pared eh... yo soy muy sarcástica, o sea soy demasiado
870 sarcástica y es como un mecanismo de defensa este... pero soy una persona que siento
871 que no me voy a dejar joder emocionalmente. Probablemente alguien en la calle me pueda
872 joder pero eh, no, no voy a dejar que alguien venga y quiera manipularme mis
873 sentimientos, no, no va a pasar. Creo que esa es mi percepción de mí, digamos
874 emocionalmente, soy una persona, creo que tengo inteligencia emocional, por eso mismo
875 de que estoy consciente de mis sentimientos y de lo que puedan causar y también soy
876 perceptiva, o sea puedo ver eh, digamos las personas que conozco y aconsejar y, y... eh...
877 no sé, soy una persona que no creo que las convenciones sociales de ¿sabes cuando te
878 pasa algo malo y entonces dicen que si 'bueno eso es que te va a venir algo mejor'? no te
879 lo creo pues, me pasó algo malo y me pasó. Eso, no, no sé si es mi percepción sobre mí
880 misma, no sé siento responde tu pregunta, yo soy burda de insegura (risas).

881 N: No, está bien (risas).

882 C: Soy muy insegura, soy una persona (risas). Este... eh... no sé.

883 N: ¿Y tú crees que este proceso de depresión influyó de alguna manera en todo esto que
884 me acabas de decir?

885 C: ¿En ser dura?... Sí, o sea a pesar de que a mí no me gusta estar sola y me aterra la
886 soledad puedo estar sola. O sea eso lo aprendí probablemente de la depresión. Porque en
887 la depresión uno está solo y no importa que te acompañen físicamente, no importa que
888 tengas un acompañante en todo, digamos emocional, estas solo, y... y yo puedo estar sola,
889 o sea yo sé que puedo, no me gusta pero sobreviví, o sea no es algo que me va a detener
890 en la vida.

891 A: Y con respecto a la medicación ¿cómo crees que influyó en tu forma de ser?

892 C: La medicación me mantiene equilibrada. Yo creo que es más que, o sea yo no pongo
893 en duda que la medicación me ayudó a superar la depresión porque, o sea, esto no se

894 puede, si yo mañana me dejo de tomar la pastilla me voy a deprimir por una cuestión
895 digamos química, ¿pero la medicación como en personalidad?

896 A: Sí, sí, en tu forma de ser.

897 C: En mi forma de ser no... yo creo que simplemente no me afecta, o sea yo no estoy eh,
898 es simplemente un mecanismo para mantenerme equilibrada. En cuanto a mi forma de ser
899 yo sigo siendo la misma que era antes de la depresión, digamos en personalidad, o sea
900 como, o sea antes de la depresión probablemente era un poco más débil pero... no es algo,
901 o sea la medicación, yo sigo siendo insegura y sigo siendo introvertida, pero... yo creo
902 que la depresión no se me curó por la medicación, yo creo que la terapia con la medicación
903 la que me ha ayudado a pasar por ese duelo y salir de eso, o sea no es cuestión de que un
904 medicamento me ayude o no.

905 N: Y por lo menos actualmente, o sea porque ya ha pasado un tiempo tuviste ese episodio,
906 ¿qué te hace estar actualmente todavía con el tratamiento?

907 C: Eh... no lo sé, es una pregunta muy buena para mi psiquiatra. Este... bueno la
908 Sertralina no se puede quitar de golpe, sé que no se puede quitar de golpe, de hecho yo
909 estaba tomándomela todos los días y me pasó que me estaba saltando días y tal y no me
910 estaba afectando, y entonces le conté a mi psiquiatra y me dijo 'ah bueno, si no te está
911 afectando significa que podemos ir bajando la dosis', eso fue hace un año. Yo ahorita si
912 me salto, digamos yo ahorita me tomo un día sí un día no, si me salto dos días sí me
913 empiezo a marear, o sea empiezo a tener digamos efectos secundarios tipo físicos pues,
914 me mareo, me desubico, entonces no puedo quitármela todavía, no puedo disminuir la
915 dosis, esa es la que me tocó y muy probablemente todavía tengo esto, que además me lo
916 había quitado, o sea lo del pelo, yo me lo había dejado de arrancar y probablemente a
917 mediados del año pasado empecé de nuevo y no se me quitaba, entonces yo todavía
918 necesito la ayuda, tipo no es algo que, que... o sea yo no estoy libre de manías, pues,
919 todavía necesito la ayuda y la Sertralina en teoría debería ayudarme. Pero también es
920 cuestión de que yo me disponga a dejar de hacerlo. ¡Ah! la depresión, a partir de la
921 depresión empecé a fumar, yo odiaba el cigarro, lo detestaba y... más que la depresión, o
922 sea yo estaba deprimida y Javier empezó a salir con otra y cuando me enteré de que eran
923 novios y que yo los iba a ver todos los días en la universidad juntos me dio una ansiedad
924 horrible y empecé a fumar. Y en ese momento me estaba viendo mi psiquiatra, y no he

925 parado, lo cual es una desgracia, yo lo reconozco que es una desgracia, pero no puedo
926 parar, soy muy ansiosa.

927 A: ¿Cigarro?

928 C: Cigarro. He fumado marihuana, pero era con mi exnovio que fumaba todo el tiempo y
929 ahorita lo hago full esporádicamente.

930 N: Me llama la atención que tú dices que si tu dejas de tomarte la pastilla te vas a deprimir,
931 ¿por qué te parece que pasa eso?

932 C: Bueno, yo creo que eso es un... es algo que va a pasar por un tema fisiológico, o sea
933 de que si bajan la, la, sabes, la Sertralina lo que hace es mantener los niveles de Serotonina
934 equilibrados y si dejo de tomármela sí me dan como crisis, o sea, eso paso dos días y no
935 solo me dan mareos, me dan cambios de humor raros, o sea de repente estoy arrecha y no
936 sé por qué y después me da un bajón chimbo de sentirme mal, y no hallo bien cuál es la
937 razón pero después me acuerdo, 'ah coño, se me olvidó la pastilla' o sea es algo que yo
938 me he dado cuenta que me puede pasar, me dan cambios de humor. Obviamente yo no sé
939 si soy dependiente de la pastilla pues, pero sé que eso me pasa, o sea sé que tengo cambios
940 de humor si dejo de tomármela. Por eso siento que si dejo de tomármela me deprimiría.

941 N: ¿Tú sientes que hay algo orgánico ahí? algo de la química cerebral que es lo que te
942 está afectando ¿no?

943 C: Sí.

944 N: Ok.

945 A: ¿Qué significado tiene para tí ser mujer y haber pasado por depresión?

946 C: ¿Qué significado tiene ser mujer y haber pasado por la depresión? o sea yo creo que
947 cualquier persona, mujer u hombre puede pasar por depresión. Pero hay una percepción
948 de que las mujeres somos débiles y entonces es mucho más jodido cuando uno está
949 deprimido. O sea que te vean como un, o sea que... esa idea de que tiene que quitarte ese
950 peo, como que 'estás triste, deja de estarlo', es como nojoda, 'te cuento un chiste', ser
951 mujer creo que hace la depresión más difícil. Creo que nosotras somos también más
952 sensibles, estoy a lo mejor actuando bajo convenciones sociales que no me gustan, pero,
953 pero, ay no sé, es como, como que nosotras porque somos mujeres vamos a estar

954 deprimidas más fácil. ¿Qué significa ser mujer y estar deprimida? o sea es lo mismo que
955 ser hombre y estar deprimido, lo que pasa es que la idea de que ‘porque soy mujer soy
956 más sensible, soy más débil’, es como coño de tu madre, o sea me da arrechera la idea de
957 que por ser mujer soy una persona débil, y más porque soy mujer y tengo depresión.

958 N: ¿Y crees que tu vivencia, la manera de vivir la depresión, se vió afectada por haber
959 sido mujer?

960 C: Bueno, directamente me afectó porque fue un tipo quien me jodió, o sea, o sea ser
961 mujer me afectó en ese sentido (risas) pero... sí, probablemente si hubiese sido hombre y
962 me hubiese pasado eso a lo mejor tendría otra, es que no puedo, no puedo imaginármelo,
963 pero ser mujer claro que me afectó en eso, me afectó porque me jodió un hombre ¿no?
964 eh, o mi jodí yo, o eso me hace ver lo que pasó ahí. Eh, supongo que mis expectativas en
965 ese momento de ser mujer y estar con alguien eran distintas por ser mujer, o sea porque
966 yo esperaba quizá a un hombre, un galán, o sea una cosa de caballero que me salvara,
967 supongo, esta idea Disney que tenía en ese momento y que necesitaba un hombre que me
968 salvara, y eso obviamente disparó una depresión y es una idea que ya yo no tengo, yo no
969 siento que necesito un hombre en mi vida para eso, y a lo mejor ser mujer y tener esta
970 idea de que ser mujer para que, o sea que las mujeres necesitamos un hombre que nos
971 salve, eh, siendo hombre probablemente no me hubiese pasado.

972 N: Tú dirías que es algo muy social, ¿no? convenciones sociales que te llevaron a sentirte
973 así.

974 C: Sí, que me llevaron a sentirme que necesitaba a un hombre que me rescatara, que
975 necesitaba estar con un hombre, es probablemente algo que, o sea de verdad yo creo que
976 no hay, ya esa idea no la tengo. Aprender también a estar sola implica que un hombre
977 puede venir a intentar joderte y que bueno, ‘si no quieres estar conmigo, no estés
978 conmigo’. Pero el ser mujer ¿qué significa ser mujer y estar deprimida? bueno, es estar
979 deprimida igual. Probablemente no hubiese sucedido si no hubiese sido mujer, o sea creo
980 que sí.

981 N: ¿Y crees que se puede sentir distinta, que se podría sentir distinta la depresión siendo
982 mujer o siendo hombre?

983 C: Es que me imagino siendo hombre e igual estar en el piso, o sea a lo mejor lo que causó
984 la depresión en mí es algo muy de mujer, muy causado por ser mujer, pero si un hombre,

985 si yo fuese hombre y hubiese sido otra razón la que me causa la depresión, creo que un
986 hombre podría estar igual de deprimido, o sea de lo que yo estuve... o sea si tiene su
987 motivo, ojo puede ser porque una mujer lo dejó y estaba enamorado y la dejó, eh... no sé,
988 a lo mejor los hombres pueden tener más presión de que los hombres no pueden estar
989 tristes, eso es lo que pienso yo, a lo mejor el tipo se hubiese puesto a hacer pesas y a hacer
990 ejercicio y se hubiese salido solo de esa y no se hubiese puesto con las mariqueras de, de
991 'voy a verme con un psiquiatra' ni ponerse a llorar ni cosas de esas, pero a lo mejor estoy
992 equivocada. es que no me imagino a un hombre en la situación en la que yo estaba, pero...
993 siento que estoy siento contradictoria, ustedes me dicen.

994 N: No, no, está bien.

995 A: Y otra pregunta, en algún momento de la entrevista mencionaste como que tú eres una
996 persona con depresión, luego dijiste 'o que estoy deprimida, no sé'. Quería saber cómo te
997 veías a tí misma...

998 C: ¿En ese sentido?

999 A: Sí, en ese sentido.

1000 C: Es que yo no me siento deprimida ahorita, pero parte de eso es que, es que yo no sé
1001 cuál es la diferencia entre estar deprimida y digamos, este, en el momento de estar, de
1002 tener la depresión, no sé si es que, o sea yo siento que la superé, pero no, a mi como que
1003 me da miedo que en verdad estoy digamos estable, es como (suspira)... o sea es que no sé
1004 cuál es el término correcto, yo no sé si sigo siendo una persona deprimida o depresiva, no
1005 sé, no sé, cuál es el término correcto, yo creo que superé la depresión... pero sigue
1006 estando... creo que soy depresiva, o sea mi idea de que soy depresiva es que soy propensa
1007 a la depresión, o sea que tuve depresión entonces siento que eso no es algo que se me
1008 puede quitar, o sea creo que es algo que va a estar ahí y a lo mejor ahorita está estable
1009 pero después puedo caer, esa es mi percepción. Mi percepción es que soy una persona
1010 que ha tenido depresión y que ahorita está estable, y que no sé, si me vuelve a pasar ese
1011 episodio, es que ya no me va a volver a pasar ese episodio, pero si me pasara algo que
1012 podría causarme la depresión me volvería a pasar, o si me quitaran la pastilla de coñazo
1013 caería en depresión otra vez.

1014 N: Y esto que tu dices que sigues estando medicada, ¿qué significado tiene para tí la
1015 medicación, cómo te sientes tú con el hecho de estar medicada?

1016 C: Yo no tengo ningún complejo con estar medicada, de hecho yo lo digo, y soy, o sea
1017 mis compañeros de trabajo, tengo una amiga que me marca las pastillas para que no se
1018 me olviden porque saben que si se me olvida, si se me pasa tengo cambios de humor que
1019 pueden ser perjudiciales para la oficina (risas), pero, sabes, no, es como tomar pastillas
1020 anticonceptivas, ¿sabes? como es tan normal como una persona que toma vitaminas, no
1021 tengo ningún complejo con ser, o sea yo lo hago por estar sana y por estar estable, no es
1022 algo que, o sea no lo digo en mi entrevista de trabajo, pero, ni lo digo en conversaciones
1023 como un dato curioso, pero no tengo pero si alguien me pregunta, yo puedo responderle.

1024 N: Ok, bueno, no sé si hay algo más que quieras agregar.

1025 C: ¿Las ayudé?

1026 N: Muchísimo, muchas gracias.

ANEXO E

ENTREVISTA CON LILA

Tercera entrevista: 25/02/2018.**Lila, 29 años.****Entrevistadora: A.****Entrevistada: L.**

1027 A: No bueno, en verdad para comenzar quería saber un poquito, de tí, o sea que me
1028 contaras un poquito de tí, qué edad tienes, en qué trabajas...

1029 L: Bueno yo, este, yo soy graduada de la Universidad Simón Bolívar de Arquitectura. Me
1030 gradué en el 2013 y desde entonces estuve como que saltando de trabajitos, por no sé, que
1031 si seis meses y eso en empresas más hacia la remodelación de casas, apartamentos y eso,
1032 pero siempre mi norte era la arquitectura paisajista. De hecho mi tesis de pregrado, que
1033 es raro ver eso, pero era más enfocado a lo que es la arquitectura del paisaje. Y ahorita
1034 desde hace, bueno desde hace casi cuatro años estoy trabajando en una de las oficinas
1035 más importantes de las oficinas del país. De hecho, fue la primera oficina de paisajismo
1036 de Caracas. No, mentira, de Latinoamérica. Pero eh, de hecho mi oficina desde que
1037 empezó, diseñaron el Parque del Este y muchos espacios verdes importantes, tanto de
1038 Venezuela como de Latinoamérica. Entonces, estudié ahí. Ahorita soy básicamente la
1039 mano derecha de mi jefe y, o sea, mi jefe ni siquiera vive aquí, vive en Miami y yo soy
1040 como que la cara de mi jefe en Caracas. O sea, si alguien tiene que responder a algo, Lila.
1041 De hecho, es muy cómico porque en mi oficina hay... está mi oficina y otra oficina de
1042 arquitectura totalmente desligada a nosotros, y a mí me dicen Tahorita pues, o sea como
1043 que bueno; “ella es mi Tahora aquí en Venezuela”. Y bueno nada, eso implica que
1044 obviamente una carga de trabajo y un estrés de trabajo bastante importante, pero también
1045 muchísima satisfacción. O sea, de verdad me he logrado soltar muchísimo en la parte de
1046 diseño y eso, y es muy rico, o sea de verdad que recibo full en esa oficina. Y bueno, del
1047 resto eh, eso ya es en la parte académico laboral. De resto yo, para darte también un inside
1048 porque eso va a ser importante en cuanto a lo que fue mi diagnóstico, yo tuve un novio
1049 durante 12 años. 12 años, o sea tuvimos 10 años de relación, desde quinto año del colegio
1050 y a los 10 años aproximadamente, nos comprometimos y nos casamos. Y bueno, duramos
1051 un poquito menos de dos años casados y hace 15 días firmamos el acta de divorcio. Estoy
1052 divorciada. Estoy con Pablo, que ya lo conociste. Es una persona, Pablo es una persona
1053 que estuvo desde hace tres años, de verdad súper abocado a ayudarme, entenderme, a
1054 entender por qué me siento mal. O sea, ha sido bastante mi mano derecha y bueno, terminé

1055 mi matrimonio y apareció él, y estamos como que teniendo una relación muy chévere. Y
1056 nada este, eso es básicamente lo que quería decir, o sea no sé si necesitas más, o sea
1057 ahondar más en algunos temas...

1058 A: ¿Qué edad tienes?

1059 L: Yo tengo 29 años. No parece, parezco de 16, pero sí. Sí, en septiembre cumpla 30
1060 añitos. Y nada, eso. Ahorita vivo con mi mamá, esto lo cual ha sido chévere, porque pasar
1061 de un matrimonio que realmente fue bastante el agravante, no la razón, no considero que
1062 sea la razón de mi estado depresivo, pero sí el agravante. O sea como que, de verdad no
1063 me dejaba salir de ese estado. Eh, ahorita estoy en una zona bastante como de confort con
1064 mi mamá, o sea de verdad ahorita estoy teniendo una relación con mi mamá que ni
1065 siquiera tenía de chama. Y bueno, lo único negativo que veo ahorita de mi entorno es que
1066 yo cuando me casé, mi papá se murió repentinamente de cáncer, él tuvo un astrocitoma y
1067 o sea, en menos de un año mi papá falleció. Fue una etapa muy muy difícil para mí, aparte
1068 que mi papá, vamos a decirlo así sin tapujo, mi papá era mi persona favorita en el mundo
1069 (risas). Punto. Mi papá era mi mundo totalmente, y bueno yo creo, sabes, según lo que
1070 estuve hablando con mi psiquiatra que la muerte de mi papá fue como el detonante de
1071 algo que estaba como muy guardado en mí, y fue cuando se empezó a acelerar todo este
1072 tema depresivo, o sea como todas esas ideas de sentirme mal, de no servir, de tal. Mi papá
1073 no estaba, sabes esa clase de cosas fueron las que detonaron como que ok, porque según
1074 lo que pudimos analizar con mi, con mi... con Soraya, que es mi psiquiatra, ella considera
1075 que yo tengo más bien una depresión tal vez más leve desde aproximadamente los 15
1076 años. Más leve en el sentido de que no era hacia algo demasiado fuerte, pero siempre me
1077 vi muy aminorada, mi autoestima era básicamente nulo, era muy dependiente, bueno yo
1078 era muy dependiente a este novio-esposo que tuve, eh y yo no me sentía suficiente por mí
1079 misma. O sea, yo podía hacer cosas increíbles y sentir que realmente no estaba logrando
1080 nada con mi vida. Y, claro, o sea obviamente cuando pasó lo de mi papá, más estar en un
1081 entorno de matrimonio con mi exesposo, que no me ayudaba nada, obviamente la
1082 depresión fue en picada pues. O sea, era como que un salto al vacío, y era salir de un
1083 entorno, como te dije, bastante estresante, que era mi oficina, a llegar a mi casa, a un
1084 entorno más estresante todavía. Entonces era pasar la tarde en la oficina súper estresada,
1085 luego pasar la noche estresada por los mil rollos que pude haber tenido con mi exesposo
1086 y nunca salí como que a una zona de verdad tranquilidad, como ok, ‘vamos a bajarle el

1087 ritmo pues, o sea vamos a dejarte tranquila'. Entonces claro, todo eso fue lo que me llevó
 1088 a una depresión bastante bastante difícil de afrontar. Pero bueno, eso. Tengo un perro, o
 1089 tenía un perro. Ahora está con mi esposo, mi exesposo. Este... Y creo que ese perro fue
 1090 una de las mejores cosas que me pudo haber pasado en el mundo, a pesar de que ya no lo
 1091 vea. Yo soy una persona como que muy animal lover. Y eso, básicamente.

1092 A: ¿No tienes hijos?

1093 L: No, no. El perro (risas). El perro, básicamente. No, no, no tuvimos hijos, no tuvimos
 1094 hijos. Para nada. Nada que ver. Y eso. No sé qué más quieres preguntar (risas).

1095 A: Ok, bueno. Ya más o menos me has contado, pero o sea como que cuéntame con más
 1096 detalle cómo fue tu experiencia con depresión, cómo inició...

1097 L: Ok. Eh vamos a decir, el año pasado yo ya había identificado ciertas cosas que con mi
 1098 exesposo que no me, no me estaban agradando. Mi exesposo eh, para darte un poquito de
 1099 background, era una persona, es una persona excesivamente controladora. De hecho
 1100 desde... Yo soy una persona bastante particular, es decir, desde el colegio soy una persona
 1101 que, bueno ahorita me ves con ropa deportiva y no cuenta (risas), pero yo soy una persona
 1102 excesivamente, digamos extrovertida, me vestía excesivamente diferente a los demás,
 1103 escuchaba música muy diferente a los demás, ehm no me gustaba irme que si de
 1104 discotecas ni nada. Yo soy de las personas que le gusta estar sentada en un sofá con una
 1105 cerveza en mano y escuchar música y hablar de, de qué están hechas las partículas de
 1106 estrellas que tenemos encima, o sea esa clase de cosas, yo soy así y siempre fui así. Eh la
 1107 persona durante toda mi vida que siempre me dijo que eso estaba bien, es mi papá. O sea,
 1108 mi mamá siempre me veía vistiéndome como que diferente y mi mamá era la que me
 1109 regalaba como que: "Ay, ¿por qué no te pones esta ropa que es como de niña?". Y mi
 1110 papá decía como que: "No le hagas caso a tu mamá, tu mamá está loca, o sea ponte lo que
 1111 quieras, o sea tú te vistes demasiado bien, o sea te adoro, o sea eres perfecta". Y esa
 1112 complicidad con mi papá siempre fue lo que me hizo entender, o sea me hizo como que
 1113 de vez en cuando darme cuenta como que estaba bien quién soy, a pesar de que ni siquiera
 1114 mi mamá le gustara. Eh cuando empecé a salir con lo que es ahorita mi exesposo, él
 1115 siempre decía a mí una frase que a mí, no me gustaba pero decía "bueno, así son las
 1116 cosas", decía: "Yo te voy a arreglar". Siempre me lo decía, "yo te voy a arreglar, yo te

1117 voy a arreglar”, es decir, “Yo voy a hacer que te vistas como una niña decente, yo te voy
 1118 a hacer hablar de política, porque eso son las... lo que los adultos hacen”, esa clase de
 1119 cosas. Y eso lo dijo durante todos los 12 años, incluyendo los dos años de matrimonio. Y
 1120 eso empezó a agravarse muchas cosas que, uno tiene digamos, ay... Eh como que afrontar
 1121 en la vida de casados, es decir, pagar cuentas, entender ciertas cosas, o sea toda esa clase
 1122 de cosas que uno le aburre. Realmente eh, me cuesta como que ciertas cosas de adultos,
 1123 como que adoptarlas pues. Es como que le huyo un poco y eso, él en vez de entenderlo y
 1124 más bien tratar de resolverlo, me atacaba. Me atacaba en el sentido de que me decía que
 1125 yo era una persona muy inmadura, ‘yo tengo que crecer, yo tengo que madurar’. De hecho
 1126 todas las mañanas él se iba punta en blanco, corbata y tal, a su trabajo y yo me iba en
 1127 jeans, converse y una camisa de The Doors, y así, y tirantes. Y así me iba a la oficina y
 1128 no me importa, porque yo voy a estar en una zona donde necesito estar cómoda, y voy a
 1129 estar cómoda me vea como me vea. Y él siempre, me recuerdo siempre, bajando en el
 1130 ascensor me decía: “¿Y en algún momento te vas a vestir como un profesional?”. Y yo
 1131 me veía en el espejo y me decía: “No sé, por ahora em siento bien. Ya veré cuando voy a
 1132 ser infeliz haciendo eso” (risas). Y entonces, esas situaciones que parecerán pequeñas, se
 1133 hicieron muy repetitivas y había muchas cosas que no estaban bien. También, nuestra
 1134 relación sexual era muy mal, muy muy muy mal. Este, entonces eso también hacía que
 1135 las cosas se hicieran más tensas, porque realmente una relación madura, el componente
 1136 sexual es una cosa bastante importante, es una cosa de entender a tu pareja hasta cierto
 1137 punto, etcétera. Y en nosotros era muy mala, y esas una de las cosas que de hecho, yo
 1138 atacué bastante con mi psiquiatra para entender qué era lo que estaba pasando. A
 1139 mediados del año pasado, ya cuando era el tema de las, de las, de las protestas. Las
 1140 protestas fuertes, eh yo empecé a empeorar bastante. No tanto por el tema país. El tema
 1141 país era un factor, pero yo llegaba un punto en que ya estaba demasiado cargada de
 1142 muchas cosas y... Y hubo en día que, de verdad eh, pasé como que un, pasé esa semana...
 1143 Yo muy rara vez faltó a la oficina, o sea tengo que estar prendida en fiebre para decir ‘Ok,
 1144 no voy a ir a la oficina, me voy a quedar descansando’. Y aun así estoy prendida en fiebre
 1145 con la laptop trabajando en la cama, o sea. Pero hubo días que hasta dije ‘me siento mal’
 1146 y me iba a la casa, pero no era que realmente me siento mal, era que no podía trabajar, o
 1147 sea veía la computadora y era estar así como un zombie y que ‘no estoy haciendo nada,
 1148 no quiero estar aquí’. Y me quedaba en la casa durmiendo casi todo el día, todo el día y
 1149 no tenía ni fiebre ni dolor de estómago ni nada. Simplemente yo no podía, yo no podía
 1150 funcionar en el día. Y eso pasó por una semana y ese fin de semana de esa semana como

1151 rara, mi esposo salió a hacer unas cosas a casa de un amigo, unas cosas que ellos estaban
1152 trabajando y yo me quedé en la casa. Y creo que tuve una crisis depresiva muy fuerte
1153 porque, eh, digamos, yo llegué a mi casa ese día como a las dos de la tarde y no me moví
1154 de la silla de la cocina hasta las ocho y media de la noche, que llegó mi esposo. Todas las
1155 luces apagadas, porque obviamente, como no me moví de la cocina no prendí ninguna
1156 luz. Y él llegó y me vio, yo sentada así. Y era para mí, físicamente era imposible
1157 moverme. O sea, era imposible cambiar de postura. Y no lloraba ni nada, simplemente
1158 ‘no me puedo mover, no me puedo mover, no me puedo mover’. Él llegó y me dice:
1159 “¿Qué te pasa?”, y yo le digo: “No sé, no sé qué me pasa, no sé qué me pasa, no entiendo,
1160 no sé qué me está pasando”. “Bueno, ¿pero qué tienes?, llevas como una semana así, ¿qué
1161 es... qué es lo que te pasa?” y tal. Y ahí explotó una pelea, una cosa muy fuerte. Eh yo ya
1162 antes de, cuando lo de mi papá, yo ya había tenido deseos suicidas. Nunca los llevé a cabo
1163 en ese momento, pero sí era como una sensación muy fuerte de que ‘no quiero ser, no no
1164 quiero estar aquí, o sea no quiero, o sea no me interesa, no quiero’. Yo se los había dicho
1165 mucho a mi exesposo, pero como que lo mencionaba, él me decía: “¿Por qué te quieres
1166 morir? Me tienes a mí, tienes casa, tienes pero, tienes carro, tienes trabajo, o sea ¿de qué
1167 te quejas?”. Y yo... eso me hacía sentir mil veces peor, me decía ‘¡es verdad!, o sea no sé
1168 qué coño me está pasando, pero no quiero, no no no, no soporto este mundo, no lo
1169 soporto’. Y ese día de verdad, llegó un punto y le dije: “Emanuel, de... de verdad me
1170 quiero morir, o sea me quiero morir, o sea no no, no quiero estar aquí. Esto es horrible”.
1171 Bueno él no lo supo afrontar. Y él las veces que me había escuchado decir eso, él nunca
1172 me volvía preguntar tipo al día siguiente ‘mira, ¿cómo te sientes?, ¿te sientes mejor?, ¿por
1173 qué no buscamos ayuda?, eh ¿por qué te sientes así?, ¿qué sientes, qué piensas, qué sientes
1174 cuando te sientes así?’. ¿Sabes?, como que tratar de entender, no. Él siempre lo bloqueó.
1175 Él siempre, siempre me decía: “Yo hubiera deseado no escucharte decir eso”. O sea,
1176 obviamente a mí me encantaría tampoco decirlo (risas), pero lo dije y lo siento. Bueno,
1177 eso fue empeorando y después de ese día que de verdad fue una... una... una discusión
1178 muy fuerte, muy muy fuerte con mi exesposo. Al día siguiente yo decidí que, mira, tengo
1179 que buscar ayuda, o sea tengo que buscar ayuda, o sea esto ya llegó a niveles que no estoy
1180 entendiendo, y yo no me... Y o sea, me di cuenta que mi esposo no me podía ayudar, y
1181 él siempre fue como, por muchos años mi roca, pero me di cuenta que ya mi roca no
1182 estaba. Y dije nada, bueno o sea, mi familia no me va a ayudar, mi papá no está. Nada,
1183 necesito ayuda profesional o sea. Mi mejor amiga que, que es amiga de Lorena, ella antes
1184 me había ofrecido ayuda de una, de su... de su... de su psiquiatra, porque ella había

1185 identificado ciertas cosas en mi personalidad que le llamaban la atención de que, ‘coño,
1186 Lila no está tan bien’. Y simplemente me mandó el contacto y me dijo: “Ni me tienes que
1187 decir si la vas a llamar o no. Te lo dejo, y tú ves qué haces”.

1188 A: ¿Por ejemplo qué cosas?

1189 L: Bueno, ella... Yo soy una persona... Bueno era. Me gusta decir que era porque ya no
1190 lo hago antes. Yo soy una persona que se disculpaba por todo. Ejemplo, eh... Te mando
1191 un voice note contándote algo y el voice note dura 10 horrendos minutos y al final siempre
1192 decía: “Coye perdón, te estoy aburriendo demasiado con este tema. Perdón. Tranquila, te
1193 dejo tranquila”. O hacía algo... Yo soy... Yo soy una persona que por ejemplo le gusta
1194 mucho pisar charcos y me ven así pisando charcos, y les da así como que ‘esta chama esta
1195 burda de loca’. Y luego yo sentía que me tenía que disculpar por eso. O sea siempre decía
1196 ‘lo siento’, ‘sorry’, ‘perdón’. Y mi mejor amiga decía como que “¿Por qué te estás
1197 disculpando?, o sea así eres tú, no estás molestando a nadie, simplemente estás siendo
1198 tú”. Y eso a ella le hizo como una alarma, ‘esto no... no está bien pues’. Aparte que ella
1199 siempre me ha tenido mucha estima y me ha tenido como que mucha admiración, ‘¿Por
1200 qué esta chama que, verga, hace tantas cosas se tiene que disculpar tanto por pequeñeces?,
1201 sabes’.

1202 A: ¿Pero ella era psicólogo?

1203 L: No, no, no. Ella es abogado. (Risas). Pero ella sí pasó por una terapia, justamente. Y
1204 ella esas cosas las supo como identificar al pelo pues. Y ella, claro, ella me decía: “Yo sé
1205 que es difícil buscar ayuda porque eso tiene que ser una decisión en la que de verdad tú
1206 estés muy clara de que nadie te está obligando, sino que eres tú la que de verdad está
1207 aceptando la idea”. Entonces después pasó esta crisis. Esa crisis no se la había contado a
1208 nadie, o sea... Ya mucha gente la sabe, pero en ese momento no se la conté a nadie ni
1209 siquiera mi amiga. Yo decidí llamar a esta psiquiatra ese mismo lunes, hicimos una cita
1210 y esa primera cita fue horrible (risas). Me dio... yo ya había tenido también ataques de
1211 ansiedad de bloquearme en el trabajo, saber lo que tengo que hacer, tener la computadora
1212 en frente y de verdad no poder hacer click. No podía. Y eso me llenaba de estrés, porque
1213 coye, mi jefe me va a llamar ahorita preguntándome por qué esto no está listo, yo cómo
1214 le voy a explicar que estoy teniendo un ataque de ansiedad, no lo va a entender. Y pasaba

1215 a veces una hora en el baño sentada llorando, así como diciendo: “No puedo, ¿qué me
1216 está pasando?, estoy bloqueada, ¿qué es esto?, ¿qué está pasando?”. Y claro, aparte
1217 después de que salía del baño de llorar, mi cuerpo estaba totalmente agotado así como si
1218 hubiera los 10k que acabo de correr, sabes (risas), o peor. Entonces el día de mi primera,
1219 de mi primera sesión, me dio un ataque de ansiedad afuera del consultorio, porque no
1220 sabía a qué venía. O sea, en mi familia nadie había ido nunca a un psicólogo a un
1221 psiquiatra y yo no sabía muy bien cómo se manejaba eso, claramente. Y... y.... Y luego
1222 yo decía, ¿de qué le voy a hablar, ¿y qué le voy a decir?, ¿y yo por qué estoy aquí? Pero
1223 ya hice la cita, o sea tengo que ir. Entonces yo estaba así como que sentada en la acera
1224 afuera, así como que ‘ah, fuck, ok sí, bueno.’. Y salió una paciente y me ve, y la paciente
1225 de una: “¿Estás teniendo un ataque de ansiedad, verdad?”. Y yo así como que: “Creo que
1226 sí”. Y ella: ¿Es tu primera consulta?”. Y yo: “Sí”. “No tranquila, entra. Entra y se te va a
1227 pasar. Tranquila”. Y yo: “ok”. Y entré y fino, pude hablar, explayarme con la doctora.
1228 Fue así como que yo hablé casi toda la hora, pero por cómo era la primera entrevista, ella
1229 lo que me dijo es que ella quería saber todo el background pues. Hablamos de mi vida en
1230 el colegio, yo tuve muchos temas en el colegio que me hicieron bastante daño. Y muchos
1231 temas familiares también que, bueno, no... tal vez no.... Tal vez yo los tomé de una
1232 manera difícil, etcétera. Y hablamos de todo eso y mi doctora lo que me dijo fue como
1233 que: “Mira, yo creo que tú, yo creo que es muy posible que tú hayas tenido depresión
1234 desde chama. Y según lo que ella me explicó es que yo tenía una condición que se llamaba
1235 distimia y un caso como digamos agravante de la distimia, que es lo que se llama doble
1236 depresión”. Según lo que ella me explicó y según lo que yo luego leí, porque también eso
1237 me sonaba demasiado nuevo, como que ‘bueno, ¿qué es esto?’. Eh... Era una
1238 combinación de una depresión leve durante mucho tiempo, pero sabes ahí sentadita, pero
1239 sí es un caso depresivo, combinado con una depresión de golpe, muy violenta, que era lo
1240 que yo estaba pasando. Entonces, obviamente yo no sabía cómo lidiar con todo eso. Y
1241 para lo que ella... ella me dijo que me mandó la medicación, que fue duloxetine, claro
1242 me la mandó primero de 30mg para primero acostumbrarme y luego me la subió a 60, y
1243 eh sesiones cada semana. Semanal, porque ella me dijo que necesitaba bastante ayuda.
1244 Claro, cuando me dijeron que tenía depresión clínica, yo salí desmoralizada.

1245 A: ¿Eso fue más o menos en qué sesión?

1246 L: Eso... Eso fue en la primera. La primera sesión fue el... 21 de junio. Fue la primera, la
1247 primera.

1248 A: ¿La primera te dijo ya el nombre de...?

1249 L: Sí. Sí, sí. Ella me dijo: “Definitivamente esto es lo que tienes”. Claro, yo me explayé
1250 o sea, yo le dije... Cuando me senté dije: “Sabes qué, voy a decirle todo”. Porque yo de
1251 hecho siempre fui una persona que no hablaba mucho de cómo me sentía. O sea si yo me
1252 sentía mal, incluso cuando mi papá estaba en cáncer, me costaba decirle a alguien que
1253 ‘me siento horrible’. Yo siempre sentía que tenía que poner la mejor sonrisa, la mejor
1254 cara, incluso en la oficina. O sea en la oficina la gente, o sea si yo no les digo que mi papá
1255 se estaba muriendo de cáncer, no se enteraba. Claro, lo tenía que decir porque tuve que
1256 pedir muchos permisos de ‘coye, tengo que llevar a mi papá a la quimio’, tal cosa, sabes.
1257 Entonces... pero si no les digo no, no se enteran básicamente. Eh y siempre fui así,
1258 siempre fui una persona de mucho ocultar su estado de ánimo y eso me hacía un daño,
1259 que yo ahorita lo estoy manejando mucho mejor. Y también yo sentía que cuando yo
1260 decía cuando me sentía mal, cuando me sentía mal... tenía eh que disculparme, porque
1261 sentía que estaba haciendo perder el tiempo de la otra persona pues. Y nada, o sea eso,
1262 eso lo llevé desde los 15 años, 13 años, más todas las cosas que me pasó en la
1263 adolescencia, que bueno, si quieres luego ahondamos un poquito en eso. Pero, ella en esa
1264 sesión me dijo eso. Me dijo... O sea porque yo también le había hablado de los deseos de
1265 suicidio. Le decía: “muchas veces me acostaba en la noche pensando ‘ojalá y no me
1266 despierte. Ojalá. O sea, ¡Ojalá no me despierte! O sea, ojalá, de verdad. Me dé algo. No
1267 sé, una trombosis mientras me quede dormida, no sé pero algo”. Y a veces cuando me
1268 despertaba me ponía a llorar, así como ‘coño de la madre, ¿de verdad, en serio? tengo que
1269 enfrentar el día otra vez, no puedo. ¡O sea era un infierno! O sea de verdad sentía
1270 viviéndome en un círculo súper tóxico conmigo misma, de que nada me hacía sentir plena,
1271 nada me hacía sentir feliz. Mi esposo no me entendía, o sea yo como que le empecé a
1272 explicar las cosas, y él más bien se estresaba, o sea se frustraba, y eso me hacía sentir
1273 también como peor, como bueno ‘yo mejor no le digo nada porque él no lo está
1274 entendiendo’. Y bueno claro, llegué de la consulta cuando me dijeron que... que tenía...
1275 esta depresión y me sentí horrible (risas). Me sentía como que ‘ok, estoy loca’ (risas). O
1276 sea, sabes, nunca en la vida había sentido que yo iba a necesitar medicación, sabes,
1277 depender de una pastilla, nunca en la vida. Y de verdad tomarme la pastilla al día siguiente

1278 fue como... De hecho le tomé una foto e hice un blog y todo. O sea para mí, no es público
1279 ni nada, sino para mí. Yo escribo mucho. Y escribía. Cada vez que yo sentía que
1280 necesitaba escribir, escribía. Escribía y llevaba los días así. Y... Nada, claro luego esa
1281 sensación de sentirme, yo le decía que sentía discapacitada. De hecho yo hacía chistes
1282 sobre eso, incluso en mis escritos. ‘¿Existirán baños especiales para gente en depresión
1283 clínica, así como existen para gente en sillas de ruedas y tal? ¿Habrá unos para depresión
1284 clínica?’. Sabes, chistes así súper sarcásticos para ocultar un poco de verdad lo mal que
1285 me sentía. Y bueno nada, eh eso fue cuando bueno cuando me diagnosticaron. En ese
1286 momento no se lo dije a nadie en mi familia porque sentía que necesitaba enfrentarlo
1287 primero yo y entenderlo yo, antes de poder hablarlo como con tranquilidad. O sea como
1288 que ok. O sea y también si mi familia me iba a hacer preguntas, obviamente, ‘¿por qué te
1289 sientes así?’ Porque yo no era de las personas que cuando se sentían mal, hablaba con mi
1290 familia. Nunca. Y sabes, decirles de la nada “Ah, ¿sabes qué? tengo depresión clínica y
1291 estoy medicada” (risas). Sabes, what, o sea qué, pero por qué o sea, ¿qué está pasando?,
1292 o sea, ¿qué te está pasando con tu esposo?, lo que sea, sabes. Entonces por un momento
1293 sí decidí como que no decirlo. Le dije a mi esposo que un poquito de discreción,
1294 obviamente sí le dije ‘mira me dijeron esto y tal, lo quiero llevar con discreción por ahora,
1295 y luego yo poco a poco poder ir abriéndome porque necesito llevarlo con calma’. Como
1296 una semana después hablé con mi hermana, mi hermana se sorprendió mucho. Pero me
1297 dijo que, qué bueno que haya logrado como que buscar ayuda, que ella está segura que
1298 eso es lo mejor porque siempre voy a tener a alguien que me diga objetivamente qué es
1299 lo que debo, o sea cómo lo debo afrontar. Porque obviamente mucha gente te va a querer
1300 muchísimo y te va a dar como que su opinión muy personal desde su propia experiencia,
1301 pero tal vez no sea la que sea mejor para mí. Y no por eso son menos válidas las que me
1302 dicen, pero tal vez no me sirvan. Y dice que esa es la idea, o sea ella sentía que esa era la
1303 idea de buscar una ayuda profesional pues, que te va a dar como ciertas herramientas que
1304 te puedan servir a tí. Y nada mi hermana estaba muy tranquila. Mi mamá es una persona
1305 muy nerviosa, y le dije “mira por ahora no le digamos a mi mamá”. Mi mamá estaba
1306 recién saliendo del guayabo de que se había muerto mi papá, y le dije “yo quiero decirle
1307 a mi mamá cuando me sienta un poquito mejor, sabes para no llegarle así de golpe y se
1308 preocupe más. O sea prefiero llevarlo así con calma, si me siento mal habló contigo -le
1309 dije a mi hermana- pero por ahora prefiero que mi mamá esté tranquilita. Mi hermana:
1310 “No sí, yo creo que lo mejor es que hables con ella cuando ya cuando hayas tenido así

1311 más sesiones, así ella sabe que todo está bien... pero (risas)... eso no pasó así (risas).
 1312 Porque... Estoy hablando mucho, ¿sigo?

1313 A: Sí.

1314 L: Ok, este. Si tienes que hacer una pregunta, interrumpe. Eh... Un tiempito después, no
 1315 te sé decir qué será... como dos meses después de la... de entrar en... en la psicoterapia,
 1316 la medicación y tal, tuve un... una discusión muy fuerte con mi esposo. Muy fuerte, él
 1317 me dijo cosas muy feas. Me dijo, me llamó de nombres que nunca en la vida nadie me
 1318 había llamado, y menos él. Y... en medio de la discusión simplemente salí de la casa.
 1319 Dije “no, o sea no, no, no puedo”. Me vine para acá, justamente. Yo vivía muy cerquita,
 1320 me vine caminando. Yo me iba a ir a la oficina, pero me vine aquí a La Estancia, a primero
 1321 calmarte... a calmarme antes de entrar a la oficina. Y... mi cabeza no dejaba de... yo le
 1322 digo ruido, o sea cuando yo digo ‘tengo mucho ruido’, es una frase que yo uso mucho que
 1323 es cuando yo sentía muchas... va a sonar un poco esquizofrénico de mi parte, muchas
 1324 voces diciéndome al mismo tiempo ‘eres una basura’, ‘no sirves’, ‘¿qué está haciendo?’,
 1325 o sea ‘Are you keeding me?’, o sea ‘¿qué coño haces aquí?’. O sea, todas esas cosas y
 1326 ninguna era buena. Y son varias voces al mismo tiempo sin ningún espacio de silencio,
 1327 todo el tiempo, todo el tiempo escuché puras... es como cuando escuchas a un aire
 1328 acondicionado hacer bfffffffff. Así, pero con voces diciendo eso todo el tiempo. Y eso no
 1329 paraba. O sea, yo me senté aquí para bajarle antes de entrar a la oficina y no paraba. No
 1330 paraba. No paraba. No paraba. No paraba. Y... mi esposo me mandó un mensaje de
 1331 WhatsApp, no me recuerdo específicamente qué dijo porque en ese momento mi mente
 1332 se nubló bastante. Solo sé que algún momento le dije “te odio”, o sea “te odio”, o sea te...
 1333 te... Y lo que él me dijo es como que “sí sí, yo sé que me odias pues, yo estoy claro”. Y
 1334 fue así como que ‘no puedo’. Y ese día, lastimosamente tuve mi primer intento de
 1335 suicidio. Y más nada. Fue en el metro, el personal del metro me sacó, o sea me agarró.

1336

1337 A: ¿Cómo fue?

1338 L: Yo estaba aquí. Vi el teléfono, eh... Yo también estaba hablando con Pablo, justamente
 1339 que lo conociste, y le dije, solamente le dije “estoy muy mal, mi esposo me acaba de...
 1340 de decir ‘puta’ y no puedo más. No puedo más”. Y él me llama y me dice: “¿Pero qué
 1341 tienes, qué pasa?”. Entonces llegué a un punto y le dije “lo siento, no puedo más”. Le

1342 envié a mi hermana así de ‘te quiero mucho’ y a mi amiga. Ellas nunca supieron de qué
 1343 se trataba ese te quiero mucho aleatorio, me fui al metro y lo único que pensaba era ‘no
 1344 puedo más, no puedo más’. Y ahí de verdad era como ver por un túnel, de verdad, o sea
 1345 era como no veía más nada. Era bajar al metro y ya. ‘No puedo, o sea no existe forma de
 1346 que yo siga pasando otro día así, no existe, no no hay manera’. Ahm... bajé al metro y
 1347 justamente estaba llegando un tren y estuve a esto, pero al lado mío había un niño de
 1348 como unos seis años, menos. Y me paré, me frené porque dije “no puedo hacer esto frente
 1349 a un niño de seis años, no puedo. O sea yo no sé qué trauma le puedo hacer a un niño por
 1350 mi egoísmo de no poder más. Y me paré. El tren se fue, yo me puse detrás de la línea
 1351 amarilla. Recuerdo que empecé como a hiperventilar, o sea de verdad... y lloraba y
 1352 lloraba y lloraba, y no escuchaba nada, o sea y era una vaina que... que era de verdad
 1353 como... no sé, ¡era un zumbido tan fuerte! No escuchaba nada, no escuchaba nada. Y
 1354 llegué un punto en que di un paso hacia adelante de la línea amarilla, y según me dijeron,
 1355 gente que estaba en el metro, lanzaron una alerta por el micrófono y yo no la oí. Creo que
 1356 lo dijeron de hecho varias veces.

1357 A: O sea, de “por favor la persona que está cruzando la raya...”

1358 L: Exacto. Y ahí parece que uno de los muchachos del metro bajó y... me... de repente
 1359 siento dos brazos haciéndome así, aquí en los hombros. Y ahí como que de verdad todo
 1360 se congeló pues. Y el chamo, lo único que me dijo fue... “ven vamos a tomar agua”. Y
 1361 yo volteo y “ok, ok”. O sea no entendía ni siquiera quién era y llega un punto en que ni
 1362 siquiera sabía dónde estaba, era como que ‘berro ya va, ¿qué estoy haciendo?, ¿qué es
 1363 esto?’. O sea y era como estar así como un poquito hasta sedada. Cuando subimos las
 1364 escaleras y estábamos yendo a la parte de primeros auxilios del metro, fue cuando caí en
 1365 cuenta ‘ya va, alguien me está agarrando y me están llevando a un lado, ¿qué está
 1366 pasando?’. Y ahí fue cuando me alarmé y dije “¡ya va!, ¿qué está pasando?, ¿quién eres
 1367 tú? Y el chamo tenía todo la identificación y “tranquila, tranquila, soy tal ¿cómo estás?
 1368 oye, veo que te estás sintiendo mal y quería darte un vaso de agua para darte un vaso de
 1369 agua”. Y yo: “¿dónde vamos a ir?”. Y él: “No no, vamos aquí mismo. Aquí está el
 1370 personal del metro. Tú tranquila, no te preocupes, no te va a pasar nada, tranquila”. Y yo:
 1371 “Bueno ok, está bien”. Entramos, me hicieron sentarme en una silla, me dieron agua, y
 1372 de repente fue cuando caí en cuenta de todo lo que había pasado pues. Y el chamo me
 1373 dice: “¿Qué ibas a hacer, sabes?”. Y ahí me puse a llorar, me puse a llorar, me puse a

1374 llorar. Y el chamo como que cayó en cuenta y me dijo: “¿Tú estás bien de ayuda?” y tal.
 1375 Le dije “Sí”. Y el me dijo: “¿Estás tomando algún medicamento?, ¿no te lo tomaste hoy?”,
 1376 o sea, el chamo como para saber cómo ayudarme. Yo: “Sí, estoy tomando duloxepina. Sí
 1377 me la tomé hoy”.

1378 A: Ah, porque esto fue después de la terapia.

1379 L: Sí, después de la terapia.

1380 A: O sea, ya iniciada.

1381 L: Ya iniciada, ya iniciada. Llevaba ¿qué? un mes más o menos.

1382 A: ¿Un mes?

1383 L: Más o menos, los tiempos se me van. Y nada fue... fue eso. O sea fue... O sea yo ya
 1384 estaba como “estoy medicada”. Y él me dijo: “¿Te tomaste la medicación hoy?”. Y yo:
 1385 “Sí”. Y yo pensé ‘Sí sí, sí me la tomé, sí me la tomé’, de hecho luego vi mi pastillero y
 1386 sí, obvio, obviamente me había tomado la pastilla. Y él: “¿Qué pasó?, ¿te pasó algo en la
 1387 calle? ¿algo?”. Dije: “Tuve una pelea con mi esposo”, eso era como que lo que recordaba.
 1388 “¿Quieres llamarlo?”. Y yo: “no no, no quiero saber nada de él. Ahorita no quiero saber
 1389 nada de él”. Y dice: “¿Por qué no te tranquilizas y llamamos a tus familiares, a alguien
 1390 que te venga a buscar?” -me dijo- “O sea, no quiero que andes por ahí sola en la calle, o
 1391 sea tratemos de llamar a alguien”, y tal. O sea, el chamo realmente me trató súper, súper.
 1392 A pesar de que él no tenía tal vez la experiencia profesional de ayudarme, realmente fue
 1393 muy empático y me trató de calmar y tal. O sea fue, fue muy... o sea de verdad yo
 1394 agradezco mucho ese personal del metro, de verdad los que hayan hecho ese trabajo, o
 1395 sea se merecen el cielo de pana, porque eso no es fácil pues. Y ahorita realmente hay
 1396 tantos casos como el mío que sí lo logran hacer, verga eso debe ser un trabajo de verdad
 1397 ahorita horrible. Eh llamé a mi hermana, llorando, le dije: “Estoy en el metro, me dio un
 1398 ataque depresivo” y tal, no sé qué más. -“¿Dónde estás?”. -“En estación Altamira”.- “Ok,
 1399 ya voy para allá”. - “Pero no le digas a mi mamá por favor, quiero estar contigo”.- “Ok”.
 1400 Ahm Pablo me siguió llamando, atendí el teléfono, el chamo estaba... o sea, llorando
 1401 porque él sí sabía sobre mis deseos de suicidio y tal, y él juraba que yo ya lo había logrado

1402 pues. Cuando le contesté el teléfono él estaba por el suelo, por el suelo. Y le digo “no,
1403 estoy bien, estoy bien, estoy en primeros auxilios del metro”. Y él: “Mierda Lila, ¿qué
1404 hiciste?”. Y yo: “nada no, no hice nada. No logré nada”.- “Ok”. - “Te llamo después, voy
1405 a estar con mi hermana”. - “Ok”. Me buscó mi cuñado porque mi hermana estaba dando
1406 vueltas en el carro, y apenas me monté en el carro mi hermana me dijo: “vamos a ir a casa
1407 de mi mamá y tú vas a hablar con ella, o sea necesitamos de verdad hacerte un círculo de
1408 seguridad porque esto no puede repetirse, no puede repetirse”. Hablé con mi mamá. Mi
1409 mamá todavía no sabe que ese día tuve un intento de suicidio, sino que le dije que tuve
1410 un ataque de ansiedad en el metro, o sea como que tenía que ir a algún sitio y me paralicé,
1411 digamos, y necesitaba que alguien me ayudara. Eso es lo que ella sabe. Y mi mamá no
1412 sabe nada del intento, nada, nada. Sí sabes que tuve pensamientos suicidas, pero nunca,
1413 nunca, por lo menos por mí ha sabido que yo iba a hacerlo, o sea tomé la decisión de
1414 hacerlo, más allá de que lo haya logrado o no. Este, hablé con mi mamá, me desahugué,
1415 hablamos de lo que me dijo mi esposo, un montón de cosas, etcétera y bueno, nada. Eh
1416 estuve obviamente, no fui a la oficina. Hablé a la oficina y les dije que tuve un ataque de
1417 ansiedad y tal, no puedo ir a la oficina, me siento muy mal. Y luego como a las seis de la
1418 tarde, algo así, regresé a mi casa. Mi esposo no me hablaba, él no tenía ni la más mínima
1419 idea de lo que había pasado ni por mi hermana ni por mí ni nadie. Yo ese día había
1420 decidido de verdad no hablarle, o sea de así llegar y de verdad no quiero más nada.
1421 Llegué, de hecho creo que me di una ducha. Me dí una ducha, de hecho, y fue muy lindo,
1422 tal vez esto no tenga mucho que ver con lo que necesitas saber, pero creo que es
1423 importante decirlo. Esa noche me di una ducha con las luces apagadas, cosa que nunca
1424 hago, pero fue una ducha divina, sabes fue como wao... o sea, se sintió muy bien y cuando
1425 prendí la luz para secarme y tal, peinarme y tal, me vi en el espejo... y me puse a llorar y
1426 me dije al reflejo: “lo siento mucho”. Eso, eso, eso cambió mucho. O sea, eso me cambió.
1427 Ese momento me cambió full, porque siempre me la paso disculpándome con todo el
1428 mundo, pero en ese momento a la que le estaba haciendo daño era a mí misma, o sea. Y
1429 era como decirme “verga, perdón, sabes, perdón por lo que iba a hacer, qué bolas, sabes”.
1430 Y ese momento fue muy importante, de hecho se lo comenté a mi psiquiatra y me dijo:
1431 “Ese instante indica, a pesar de lo que ibas a hacer, un proceso grande, porque pudiste
1432 entenderlo a pesar de lo que ibas a hacer, pudiste entenderlo y eso es importante. Eso hay
1433 que seguirlo trabajando”. Y yo “bueno ok”. Ahm luego en la siguiente sesión
1434 naturalmente hablé con... ¡ah! yo había tratado de llamar a mi psiquiatra cuando ya estaba
1435 en el metro, pero ella claro, ella cuando está... eran las horas en las que ella suele estar

1436 en sesión con otra persona, y claro, a veces no atiende el teléfono. Como yo no era una
1437 paciente de emergencia en ese momento, no me atendió. Yo le conté luego lo que pasó,
1438 me dijo: “Mira, primero que nada, discúlpame por no atenderte, estaba con un paciente,
1439 pero ahora ya sé que si tú me llamas, sea la hora que sea yo te voy a atender, o sea de
1440 verdad”. Y me mandaron una pastilla, que fue una pastilla de emergencia, que solamente
1441 tomé dos veces, nada más. Que era... uy ¿alprazolán será? que es como un sanax, similar
1442 a un sanax. Y ella me dijo “solamente lo vas a tomar cuando sientas esos estados de
1443 demasiado ruido y demasiada ansiedad que te paralizas, tómalo porque eso”. Y me dijo:
1444 “Es más tómame media pastilla, que es fuerte para que te tranquilices...” y tal, no sé qué
1445 más, “...no te la tomes todos los días porque es muy adictiva, tomatela de verdad, oye,
1446 casos de emergencia, y si con eso sientes que no te calmas, me llamas, me llamas, o sea
1447 me llamas ipso facto, o llamas a alguien, o sea a quien sea, pero no vuelvas a afrontar
1448 todo esto tú sola, no existe”. Y bueno, el día siguiente de lo ocurrido sí hablé con mi
1449 exesposo. Ahm... le conté, le dije “mira, yo después de nuestra pelea no fui a la oficina”
1450 y le conté “eh tuve un intento de suicidio en el metro”. Y lo que él me contestó
1451 inmediatamente, o sea sin pensarlo fue: “Ajá ¿y qué ibas a lograr con eso?”. Y o sea, y el
1452 mundo se me derrumbó un poquito, sabes, fue como... O sea tú esposa, tú novia de hace
1453 más de 10 años te acaba de decir que estaba a punto de morir y tú me vas a decir eso,
1454 fue así como que ‘no, brother, o sea ya va, aquí hay algo que no está funcionando, o sea
1455 esto es mentira, esto tiene que ser un chiste’. Esto parece una película de no sé, de
1456 Tarantino, sabes, o sea qué es esto. Y... ese día, esa conversación, luego yo le conté cómo
1457 fue, después de yo contarle con pelos y señales todo lo que había pasado en el metro, él
1458 sí como que se quebró, se puso a llorar, me pidió disculpas y él accedió a ir a terapia con
1459 mi psiquiatra, también para él saber cómo ayudarme y mi hermana también. Mi hermana
1460 luego me dijo “pásame el número de ella porque quiero ir, porque esto que te pasó fue
1461 muy fuerte y yo necesito saber cuándo estés en esos estados que hacer yo, o sea que es lo
1462 mejor que puedo hacer, porque claro uno puede hacer cosas con la mejor intención del
1463 mundo pero capaz no son las mejores”. Y.... bueno él fue con ella, fue con mi hermana.
1464 Todo perfecto, todo súper chévere, pero las cosas no mejoraron con mi esposo. Él dejó
1465 de preguntarme cómo me sentía, si seguía con ganas de hacerlo, él solamente me
1466 preguntaba los días que yo tenía sesiones con la psiquiatra cómo me había ido, “¿Ah,
1467 cómo te fue?”. Yo “no bueno, bien y tal. Hablamos de esto, esto y lo otro”. “Ah ok”. El
1468 resto de los días Lila está perfecta, Lila no tiene depresión, Lina está perfe. No (risas). O
1469 sea, si vives con una persona, necesitas que esa persona se muestre interesada en qué estás

1470 pasando. Eso me dañó mucho, me hizo sentir miserable, me hizo sentir... me hizo sentir
1471 como que tal vez lo estaba manipulando o algo, o sea sentía como que capaz... capaz el
1472 tema le fastidia, sabes, capaz.... Y yo muchas veces buscaba artículos sobre estas cosas
1473 pues, especialmente buscaba artículos sobre experiencias de otra persona, no tanto
1474 artículos de estudios y vaina porque no, muchos no los entendía tampoco (risas), pero
1475 muchas personas que si con blogs y eso, hablaban de sus experiencias, y muchas casos
1476 decía “coye, esto explica más o menos lo que me pasa a mí”. Y apenas lo leía se lo enviaba
1477 a él que si por un WhatsApp, que si “mira, conseguí este artículo”. Y de hecho también
1478 lo hacía con mi familia, por el grupo de la familia también lo hacía y que “miren quería
1479 que sepan, leí este artículo que me pareció muy fino para mí, si lo quieren leer para tener
1480 tipo una idea de por lo que estoy pasando, fino”. Y mi esposo me dejaba en visto, el
1481 maldito visto azul de WhatsApp, ningún comentario, “coye, qué fino el artículo” o
1482 “¿quieres hablar de eso?” o “si quieres en la noche hablamos de eso con un café”. No
1483 existe, el artículo no se mandó. De hecho una vez le mandé uno... y... este... y... o sea,
1484 una vez yo le dije “mira, ¿y leíste el artículo que te mandé? “Sí, yo leo todos los artículos
1485 que tú me mandas”. ¿Y qué te parece el artículo? (risas). “Ah, me pareció fino”. Estamos
1486 hablando que te mandé un artículo de depresión funcional y te pareció fino, ¿eso es todo
1487 lo que tienes que decir? (risas), o sea es como que, no puedo, o sea (risas), es absurdo. Y
1488 aunado a eso, había muchos comentarios de él de que yo no hacía las cosas bien, que yo
1489 no estaba pendiente de las cosas como tenía que estar pendiente. Yo empecé a trotar,
1490 pintar, a hacer un montón de cosas que estaban bastante bien. De hecho ahorita pinto casi
1491 que por encargo, y lo disfrutaba mucho, eso me ayudó mucho. Era como que una
1492 meditación para mí ese sentido de enfocarme en algo y callar un ratito todo, o sea, por
1493 eso es que ahora hago full ejercicio también. Él mostró cero interés en esas cosas, cero.
1494 De hecho yo le pinté un cuadro a él de puntillismo, ¿conoces la técnica? El cuadro es de
1495 más o menos un metro veinte por noventa centímetros, o sea un cuadro grande, y se lo
1496 dediqué a él. Cuando se lo regalé a él no me dijo nada, no me dijo ni si le gustó. Qué
1497 bolas, un cuadro que me tardé unos buenos seis meses en pintar, nada. Y... eh
1498 lamentablemente eso me llevó a buscar apoyo sentimental en otro lado, el chico que
1499 acabas de conocer. Eh desarrollé un sentimiento por él y bueno (risas)... digamos que
1500 pasó lo que pasa, que empezó a desarrollarse una relación, que no era mi decisión. No es
1501 que yo pensaba “me voy a vengar de mi esposo y voy a estar involucrada con otra
1502 persona”, no. Pero lo necesitaba, o sea mi cuerpo necesitaba que alguien me dijera que
1503 no hago las cosas tan mal como realmente creo. Y bueno, eh eventualmente mi esposo se

1504 enteró y eso fue lo que terminó en nuestro divorcio, el cual no me arrepiento. Luego yo
1505 sí hablé con más detalle mi relación, que es lo que me decía mi exesposo y cómo me lo
1506 decía, cómo me trataba, incluso en el ámbito sexual él fue muy tóxico, muy tóxico. Y...
1507 mi psiquiatra me dijo que “él sin querer estaba aplicando un cierto abuso psicológico, o
1508 sea sin quererlo, no es que él decidiera hacerlo, pero la forma en cómo él acataba tu
1509 tratamiento eh, o sea es un abuso, o sea era un abuso, y que tú te hayas buscado otra
1510 persona, que te hayas permitido estar con otra persona que sí te valorara o que sí sintieras
1511 que te valorara... Aunque moralmente no es lo más aceptable, a tí te hizo sobrepasar
1512 muchas cosas, y que tú te permitieras ser feliz, así sea por lo menos esos ratitos que
1513 estuvieras con esta persona, oye me da idea de que tú sabes que tú puedes ser feliz. Tú
1514 sabes que tú puedes hacer ciertas cosas”. De hecho después de mi divorcio, ella me invitó
1515 a que siguiera con Pablo, porque bueno es casi que la situación opuesta a lo que era con
1516 mi exesposo. O sea, él más bien por su lado investigaba muchísimo por su cuenta, o sea
1517 apenas le dije el diagnóstico él mismo buscó, así como ‘ok, necesito entender qué esto
1518 porque necesito cómo saber ayudar a esta jeva’. Y me hacía preguntas, me decía ‘sabes
1519 que leí tal cosa, ¿es así? ¿Cómo lo crees tú? Me dicen que lo mejor es que yo te diga estas
1520 cosas, pero ¿tú qué opinas?’. Todas las veces que nos veíamos él me hacía esa clase de
1521 preguntas, como que interés en, sabes, si estamos juntos o seamos solo amigos, lo que
1522 sea, yo quiero saber que cuando estamos juntos yo te voy a poder ayudar a superar esto,
1523 porque sola va a ser imposible. Y bueno, eso me hizo desarrollar este noviazgo un poquito
1524 a puerta cerrada también porque bueno, sabes... Pero bien. Y de hecho puedo decir que
1525 gracias a él tuve una recuperación muy buena. Cuando me separé hablé con mi psiquiatra
1526 y ella me dice que le alegra mucho que yo haya salido de esa casa, me dice “me alegra
1527 muchísimo que te hayas ido a casa de tu mamá, tú no podías seguir en esa casa”. Claro,
1528 ella nunca me iba a decir “divórciate” o “aléjate”, sino que ella siempre abogaba a que el
1529 matrimonio podía mejorar, pero eh... Tú puedes mejorar a una persona, pero no la puedes
1530 cambiar, mi punto de vista. Y él esas cosas o sea, lamentablemente, y digo
1531 lamentablemente porque él... ahorita sonará como una persona terrible, pero realmente
1532 es una persona muy buena, y él me amaba muchísimo, así como yo lo amaba él. Pero él
1533 se... la depresión él no la supo manejar, de hecho pasé seis meses en tratamiento y él
1534 nunca le dijo a su familia, a pesar de que le dije “mira, ya estoy bien. Necesito que lo
1535 hablemos con tu familia porque tu familia tienen que estar al tanto de que yo estoy bajo
1536 un tratamiento”. Su familia nunca se enteró, sus amigos nunca se enteraron, nunca le dijo
1537 a nadie. Y esos son cosas que bueno, ahora que estamos separados tiene que aprender, así

1538 como yo tuve que aprender una infinidad de cosas, porque ya yo no estaré tomando la
1539 medicación, pero yo no tuve depresión a raíz del matrimonio, yo tuve depresión desde los
1540 15 años y hay muchas cosas de entenderme a mí misma y de aprender a sobrellevar mis
1541 cosas, que solamente me toca a mí aprenderlas y por eso considero que tengo que seguir
1542 con la psicoterapia. Porque a pesar de que ahorita me siento muy bien, sé que muchas
1543 veces voy a necesitar apoyo de alguna manera, así sea profesional para si se me presenta
1544 un problema que sienta que no lo estoy manejando bien, bueno, poder tener una opinión
1545 profesional. Por eso es que sí quiero tener como que esas consultas un poquito más
1546 espaciadas, también para darme chance para yo ir llevándolo sola, pero no lanzarme al
1547 agua todavía, porque todavía puedo recaer un poquito. Entonces básicamente eso, pero
1548 realmente los últimos meses que he estado separada me he sentido muy bien, o sea ya
1549 estar en un ambiente donde no te tratan como literalmente una basura, se siente muy bien.

1550 A: Ok bueno, y ahora que ajá, me diste como que toda la descripción de tu experiencia,
1551 me quedan como que unas preguntas específicas como; ¿cuándo recibiste el diagnóstico
1552 te dijeron algún nombre de lo que estaba sucediendo?, ¿cómo lo tomaste tú, cuál fue tu
1553 reacción?

1554 L: Ah no, yo lo veía venir, o sea yo me imaginé por cómo me sentía en ese momento
1555 cuando fui con la doctora, yo me imaginé que eso venía, pero tú no estás preparado para
1556 que te digan que tienes una condición o que tienes o algo. O sea tú lo puedes medio
1557 esperar, pero cuando te lo dicen siempre va a ser como... ah... es como decir, tienes todos
1558 los síntomas de que puedes tener diabetes, pero hasta que un doctor no me diga que tengo
1559 diabetes y tengo que tomarme la medicación, no tengo diabetes y todo va estar bien. Hasta
1560 que te dicen, no brother, tienes diabetes y vas a tenerla bien jodida con la alimentación,
1561 ah qué cagada. Yo al principio lo tomé muy mal, eh me costó mucho... me costó mucho
1562 verme, o sea bueno, yo te digo, yo me sentía discapacitada. O sea bueno, era como que y
1563 esto... de hecho empecé a tomar la medicación y había momentos que tenía como más
1564 tranquilidad o más felicidad o me sentía mejor y me detenía a pensar, ¿pero yo ahorita
1565 me estoy sintiendo mejor porque estoy bien o porque es efecto de la pastilla? O sea
1566 siempre tenía como que... sabes... Entonces claro, las siguientes preguntas eran: ¿y si es
1567 la pastilla entonces siempre mi felicidad va estar ligado a algo artificial y no a mí? Y esa
1568 pregunta siempre me golpeaba. Y una cosa que me dijo mi mejor amiga, no mi psiquiatra,
1569 luego yo sí lo compartí con ella, que me dijo “tal cual, no te lo pudieron haber dicho

1570 mejor”. Fue que, es lo mismo que cuando tienes la tensión alta o tienes diabetes o tienes
 1571 cualquier cosa, tú te tomas una medicación para tener los valores de tu cuerpo bien, pero
 1572 eso no implica a que tú eres diferente, simplemente estás atacando algo que está
 1573 funcionando mal. O sea, es como que me hizo romper un poquito el tabú de ir a un
 1574 psicólogo, si tú te sientes mal de corazón vas a un cardiólogo, si te sientes mal de la cabeza
 1575 vas un neurólogo, si te sientes mal por dentro vas a un psicólogo. Tan simple como eso,
 1576 o sea es así, es así. O sea esas frasecitas que a veces uno dice, pero te quedan. Fue cuando
 1577 aprendí a que ok, sí es muy chimbo tener que depender de una pastilla todos los días, qué
 1578 infierno, pero esto no se trata de eso. Se trata también de ir a la terapia y entender que yo
 1579 puedo funcionar, eventualmente yo voy a saber funcionar bien, pero sola no lo voy a
 1580 poder hacer porque llevo 15 años tratando de funcionar bien sola y no lo estoy logrando
 1581 (risas), ¿aquí qué está pasando?... Entonces en el primer momento sí me sentí bastante
 1582 mal, muy muy muy muy mal. Pero en unas semanas lo empecé a digerir mejor, lo empecé
 1583 a ver menos tabú. Pero por mí y mis amigos, no tanto por mi esposo, porque mi esposo
 1584 siempre lo vio como muy tabú, siempre lo vio como antes cuando la gente decía que tenía
 1585 sida, sabes que era como que no puedes decir que tienes sida, eso es horrible, nadie se
 1586 puede enterar que tienes sida. Lo sentí un poco así, y eso fue lo que tal vez me llevó a ser
 1587 un poquito difícil entender que tenía depresión, no vas a ser ni la primera ni la última
 1588 persona y eso no quiere decir que el día de mañana no te vas a sentir mejor, sino que
 1589 simplemente tienes que atacar un problema. Ahorita yo lo veo clarísimo, pero en el
 1590 momento... Era otra excusa para hacer que mi autoestima se viniera al piso, o sea para
 1591 mí. O sea era otra excusa de mi cuerpo decir, “obviamente o sea, alguien como tú ¿qué
 1592 esperabas?”. Es así.

1593 A: Y bueno, me comentas con que tú estás de acuerdo con que estabas de acuerdo con
 1594 que tenías depresión desde hace 15 años, que no fue algo que surgió a raíz del divorcio,
 1595 ¿qué vivencias o experiencias o qué causas crees que forman parte del surgimiento de
 1596 esta depresión?

1597 L: Una cosa que yo analicé con mi psiquiatra, no hablamos tanto de la relación con mi
 1598 esposo porque yo sentía que estaba perfecto, luego me di cuenta que no. Pero...
 1599 analizamos mucho cómo era mi relación con mis padres. Siempre fue buena, o sea de
 1600 verdad no es que yo odie, en ningún momento odié a mi papá o mi mamá. Además que
 1601 mi papá era una persona maravillosa para mí, pero durante mi época colegial, digamos

bachillerato, capaz un poquito primaria. Digamos que mis papás tenían muchas discusiones fuertes, nunca al punto de violencia física, pero discusiones importantes, que tal vez no se llevaron bien en cuanto al tema familiar, porque muchas veces mi mamá buscaba involucrarme en esas discusiones, cosa que yo considero totalmente negativo. O sea si tienes una discusión con tu pareja, epa, los hijos no tienen nada que ver, olvídalo. No, mi mamá siempre buscó involucrarme desde que yo tenía no sé, diez años. Y no la culpo, no es que le guarde rencor ni nada, sino que simplemente, sé que cuando tenga la alegría de tener hijos, sé que voy a actuar diferente. No es una cosa que yo le guarde rencor a mi madre ni nada, sino que ella simplemente tomó una decisión y bueno, tiene sus consecuencias. Y siempre también había muchas cosas de problemas económicos en mi casa, o sea siempre como el foco de mis papás era más que todo el tema económico, estábamos un poquito mal en esa época, económicamente hablando. Y yo siempre fui una chama desde chiquita que nunca pedía nada, o sea nunca pedía que me compraran algo, si yo necesitaba algo siempre decía “bueno mira, no lo tengo y me da pena pedirselo a mis papás porque estamos mal, así que bueno...”. Y lo mismo era con las situaciones emocionales, si yo estaba mal, yo veía que mis papás estaban peor o tal vez no peor, pero lo reflejaban como algo peor, yo decía “no, ni de vaina yo podía llegar y decir, ay ¿sabes que yo también estoy burda de mal? yo tengo que ser una roca, yo tengo que estar ahí al bate y nada, y sabes yo sola contra el mundo pues. Mi papás tienen que saber que yo estoy bien”. Y eso por un lado, eso empezó ya a, siento yo, a consolidar ciertas cosas en mi personalidad, buenas y malas. Yo siento que soy una persona muy empática, o sea yo de verdad puedo hablar con una persona, y tal vez no la voy a entender cien por ciento porque eso sería muy arrogante de mi parte, pero sé que mi cerebro va a ser mi mayor esfuerzo por de verdad entender a esa persona y saber cómo la puedo ayudar, así sea una persona que conocí hace tres semanas o una persona que conozco de hace toda la vida. Y eso lo hago yo naturalmente, o sea no es una cosa que yo me propongo, si no que yo misma me ayudo a de verdad entenderme con las personas, y eso muchas personas lo ha reconocido en mí y es por eso que muchas personas me buscan así no me tengan mucha confianza para hablar y eso me llena mucho de alegría. Sin embargo, eso hizo también que mi autoestima, o sea de sentirme de que siempre yo voy a hacer lo último. Mi hermana siempre fue más bien mucho más de pedir, mucho más explosiva de que haya un problema en la casa. Yo siempre fui muy retraída, o sea yo siempre fui de encerrarme en el cuarto y escuchar todo y sentirme miserable y no contárselo a nadie. O sea ir al día siguiente al colegio, aparte que yo lamentablemente en el colegio tuve muy pocos amigos. Yo, esa es

1636 otra cosa que te iba a comentar, yo como era tan particular... toda mi promoción
 1637 básicamente me odiaba eh... Yo solamente tenía una amiga en todo el bachillerato. Ahm
 1638 yo era la clásica chama que cuando hacían grupos de trabajo y decía “bueno, grupos de
 1639 cinco”, y el grupo de cuatro decía “Coye somos cuatro amigos, nos falta alguien ¿quién
 1640 se quedó sin grupo? Ah mira, Lila se quedó sin grupo, ah dile porque tenemos que ser
 1641 cinco”. Yo no tenía potestad de escoger y me hicieron mucho, sé que la palabra va sonar
 1642 excesivamente trillada, pero me hacían mucho bullying, mucho, mucho. O sea de chamos
 1643 hombres acorralandome diciéndome cosas horribles y yo de verdad nunca hacía nada,
 1644 nunca me enfrenté con nadie. Yo simplemente me quedaba así y tenía dos opciones, o
 1645 escuchaba todo o simplemente agarraba y me iba, pero no afrontaba como que “mira,
 1646 ¿por qué me tienes que hablar así, qué te pasa?, búscate una vida”, que muy fácilmente
 1647 lo pude haber dicho. O, de verdad yo no soy proviolencia pero, si un hombre en
 1648 bachillerato te dice las cosas que me decían a mí, discúlpame por la grosería, pero un solo
 1649 coñazo, o sea tú no me vas a hablar así. Pero yo no, yo sentía que no, ni de vaina voy a
 1650 hacer eso. Primero porque soy yo contra 80 personas de una promoción, tengo todas las
 1651 de perder (risas). Y lo cómico es que yo siempre me sentía muy poco inteligente, o sea
 1652 muy poco, muy por debajo de los demás. Y ahorita recientemente veo mis boletas, que
 1653 uno guarda, y yo siempre quedaba entre los cinco mejores del salón, de 30 personas.
 1654 Coño, o sea ok, no era el cuadro de honor, pero a ver, está muy bien.

1655 A: ¿Y qué era lo que te hacía sentir miserable?

1656 L: Es que lo que me hacía sentir era que yo no era suficientemente buena en nada. O sea
 1657 yo me veía a mí misma y decía, por ejemplo, cuando empezó la gente a buscar
 1658 propedéuticos para las universidades, una cosa que a mí me deprimió muchísimo, que es
 1659 combinando las dos cosas que te acabo de contar, era que mi hermana estaba ya
 1660 graduándose de la Universidad Santa María, una universidad como sabemos privada,
 1661 costosa para el presupuesto que era de mis papás. Y yo decía “qué cagada, porque yo
 1662 quiero ir a una universidad pública para que mis papás no tengan que pagar un centavo,
 1663 pero yo no tengo la capacidad ni de vaina de pasar una prueba interna, o sea ni de vaina.
 1664 Ni de vaina. ¿O sea yo? ¿Yo? ¿Yo pasar una de esas pruebas horribles? No existe, ni
 1665 porque hagas 50 problemas. No lo voy a lograr.” De hecho yo fui población flotante un
 1666 año, y al siguiente año volví a presentar en la Universidad Simón Bolívar en Arquitectura
 1667 y quedé. Y quedé y fue burda de fino (risas). Pero en esa clase de cosas yo siempre me

1668 ponía como de última. En mi casa, por ejemplo. En mi casa yo sabía que en el escalafón
1669 la última era yo.

1670 A: ¿Y eso venía de tí misma?

1671 L: De mí misma, o sea mis papás jamás. Jamás. Mis papás siempre me trataron de verdad
1672 súper bien, pero yo viendo ese ambiente tan conflictivo que yo decía “yo no puedo seguir
1673 trayendo problemas a esta casa, esta casa se está derrumbando”. Mis papás nunca se
1674 divorciaron ni nada, nada que ver. De hecho luego cuando la situación económica mejoró
1675 en mi casa, mis papás eran la relación más cuchis que te puedes imaginar. Pero claro,
1676 pasaron un bache muy fuerte, eso se vio reflejado en mí y en cómo ellos reflejaron ese
1677 bache en sus hijos. Mi hermana era más de las que cuando había un peo en la casa, ella
1678 agarraba las llaves de la casa y se iba. Decía “yo no tengo nada que ver con esto”. Quedaba
1679 yo sola ahí escuchando el peo, casi que no sé, cinco veces a la semana. Y mi hermana,
1680 bueno, rumbeando, echándose unos tragos y yo, claro mi hermana me lleva cinco años.
1681 Mi hermana a los 15 años, ella estaba viviendo la adolescencia feliz, pero yo tenía 10.
1682 Una niña de 10 años qué hace a las nueve de la noche, nada, está en su casa tranquila. Y
1683 esas cosas yo las absorbí mucho y más esa... esa... es forma de ver las cosas de que yo
1684 no puedo sacarlo, o sea no puedo hablar con alguien para decirle “esto es horrible, o sea
1685 mi casa, bueno en mi casa las cosas están muy mal”. Nada, o sea tenía una sola amiga,
1686 hablábamos de cosas muy de colegio vale. Que si fulanito de tal, tal chamo me gusta.
1687 Pero esas cosas de conversaciones con mis padres yo sentía que no... las absorbía tanto
1688 en la casa que lo último que quería hacer era sacarlas a relucir en un momento que
1689 estuviera con mi mejor amiga. Es como que ay no, lo último en lo que quiero pensar. Pero
1690 claro, eso me hacía acumular y acumular y acumular y... me hizo desarrollar un... tal vez
1691 una personalidad un poco sumisa ¿sería?, es decir, de ‘bueno aquí estoy, yo estoy
1692 aguantando coñazos, que sigan viniendo los coñazos. Qué coño, no voy a poder hacer
1693 nada’. Y luego ya en más o menos cuarto año, o sea entre noveno y cuarto año, sí me
1694 empecé a involucrar con un grupo de amigos, pero que eran mayores que yo. Es decir,
1695 eran dos años mayores que yo. Es decir, no estaban en mi misma promoción de colegio,
1696 y fue a raíz de que yo tuve un noviecito de estos de colegio pues. Y eso me hizo
1697 involucrarme en situaciones bueno de adolescentes de bebederas y vaina y tal, pero este
1698 novio me dejó muy mal, y sus amigos no... vamos a decir, no dudaron en aprovecharse
1699 de la vulnerabilidad de una chama que tiene mis características. Tuve situaciones muy

1700 desagradables en el ámbito sexual. Eh y eso... eso me hizo de verdad cerrarme mucho a
 1701 esa parte pues, de hecho yo, una cosa que hablé con mi psiquiatra es el tema sexual porque
 1702 hasta el día de hoy... soy... virgen. Yo sigo virgen. No he podido consumir ningún tipo
 1703 de... el dolor físico que siento en el momento de la penetración es muy fuerte y... eso era
 1704 un tema muy difícil con mi esposo. A pesar que durante el noviazgo lo tomó y lo llevó
 1705 bastante bien, nunca me forzó nada, lo hablábamos mucho, pero ya cuando nos casamos,
 1706 la cosa como que se empezó a descuidar bastante. Y luego cuando ya yo estaba teniendo
 1707 la terapia con mi psiquiatra, ella me habló de ciertos ejercicios para hacer en pareja para
 1708 que mi cuerpo vaya acostumbrándose a esa clase de actividades. Y yo las conversaba con
 1709 mi exesposo y el nunca hizo nada, o sea, de hecho yo lo empecé a buscar más para tener
 1710 intimidad y él no... no... no.... no me correspondía pues. O me correspondía y yo más
 1711 bien lo complacía a él, y cuando él estaba complacido, se daba media vuelta y a dormir,
 1712 y yo me quedaba con las ganas. Y eso a mí me destruyó, o sea me hizo sentirme fea, me
 1713 hizo sentirme no deseada. No estoy diciendo que sea la mujer más bella del mundo, pero
 1714 coño, tengo lo mío (risas). Sabes entonces eso fue una de las primeras cosas que me hizo
 1715 ver que mi matrimonio no estaba funcionando. Y yo puedo entender que por muchos
 1716 años, cierta responsabilidad -porque no voy a decir culpa-, sino responsabilidad, era mía
 1717 porque yo no me di el espacio de entender lo que estaba pasando en mi cuerpo en ese
 1718 ámbito. Pero ya cuando estaba recibiendo terapia y ayuda, y esa persona que vive
 1719 conmigo no está interesado en apoyarme en eso. Ahí hay una responsabilidad de los dos.
 1720 Y estoy segura que parte de esas situaciones desagradables con este grupito de gente,
 1721 tienen... no voy a decir todo. Todo es aunado a eso, pero sí me afectó. Sí me afectó.

1722 A: ¿Pero o sea con este grupo llegó a suceder algo de gravedad?

1723 L: No, no fui abusada, pero es la típica situación chimbísima en donde estás con alguien,
 1724 te dicen tres palabras bonitas, estás en el acto y te dicen “bueno ahora me tienes que hacer
 1725 tal cosa porque fulanita lo hace, tú lo tienes que hacer. Si fulanita lo hace, tú lo haces”. Y
 1726 para mí eso era argumento suficiente para hacer algo que yo no quería hacer. Y mi
 1727 exnovio en esa época, él estaba como digamos enamorado de una amiga del grupo. La
 1728 amiga no le paraba ni medio y las noches que ella se iba con otra persona, él simplemente
 1729 me agarraba a mí y hacía lo que quisiera, y yo lo dejaba. Por eso digo, no fue que me
 1730 abusaron literalmente, porque yo lo permitía, yo estaba consciente de lo que estaba
 1731 pasando, pero lo hacía básicamente con una ilusión al principio de ‘será que coño, vamos

1732 a volver. Qué fino, qué cool’. Y no, era simplemente de ‘estás aquí, esta caraja no me
1733 parabola, vamos a...’. Eso me hizo sentir terrible, terrible.

1734 A: ¿Pero era algo que tú permitiste?

1735 L: Sí. No, claro. Por eso es que nunca me escuchaste decir que yo fui abusada, fue siempre
1736 concensual. Pero claro, la forma en que ellos me convencían para hacerlo tampoco está
1737 bien, sabes. O sea, ese argumento de ‘fulanita hace tal vaina, destácate’. No, sabes- y más
1738 porque todo el grupo sabía que yo estaba en una época muy vulnerable, yo estaba muy
1739 triste pues, tenía un guayabo, como dicen acá, mucho por este chamo. Hasta que hubo un
1740 día que yo decidí, gracias a mi exesposo, esa es una cosa que le agradezco, darme cuenta
1741 que ese grupo no me estaba haciendo bien. Y me alejé, corté relación en seco con estas
1742 personas. Realmente mi ánimo mejoró bastante. Empecé a darme cuenta que sí podía
1743 hacer muchas cosas, entré a la universidad y eso fue de verdad, en esa época, mucho
1744 gracias mi exesposo, de verdad. Por eso digo, no es que todo sea malo, sino que él en esa
1745 época me apoyó muchísimo. Pero sí o sea, eso yo creo que fue, esa época con ese grupo
1746 fue como que sumarle más a eso de yo cerrarme, a no valorarme, esa clase de cosas fueron
1747 sumando. O sea todo suma, o sea yo creo que toda experiencia suma. Y también cuando
1748 tú estás en una posición como la mía en la que no hablas con nadie, es decir, no le cuentas
1749 ni a tu mejor amiga, ‘coño sabes que fulanito me dijo esto mientras estábamos en el
1750 cuarto’. A mí una amiga me dice eso ‘qué ¿tú estás loca? debiste meterle un coñazo e irte,
1751 a tí nadie te habla así, tú no puedes permitir que te hablen así’. Yo más bien creo que me
1752 lo buscaba, ‘no bueno, supongo que soy fácil’. Yo me sentía así, yo misma me decía “soy
1753 fácil”. Nada más alejado de la realidad, yo simplemente sentía que bueno, ese era mi
1754 papel. Unos pensamientos horribles pues. Y eso era una palabra que siempre como que
1755 yo me rondaba, una de las cosas negativas que yo me decía era eso, “soy fácil”. Y ahorita
1756 más bien, estoy lejos de pensar en eso, aun habiendo tenido un amante antes de terminar
1757 mi divorcio. Porque yo, no es que esté orgullosa de la decisión que tomé, bueno ni siquiera
1758 una decisión, lo que pasó con esta tercera persona en mi matrimonio, pero no me
1759 arrepiento porque me hizo entender muchas cosas. Y ahorita realmente sé que por lo
1760 menos esta relación con esta persona no es un capricho, y no es un desquite, es que esta
1761 persona me está ayudando genuinamente. Y no me está ayudando, mentira. Me está
1762 haciendo entender que yo me puedo ayudar, que eso es lo más importante porque siempre
1763 dependí de que otra persona me dijera qué hacer y cómo lo tenía que hacer. Esta otra

1764 persona me está diciendo “no, tú puedes ayudarte. Y tú vas a conseguir la manera, yo
1765 simplemente voy a estar sentado al lado y a ver cómo vas y voy a estar allí apoyándote y
1766 haciéndote porras”. Y eso es lo que me cambió. Y hasta el día de hoy, a pesar de que no
1767 es algo de que yo voy a decir “no si, móntale chachos a tu esposo”, no jamás, eso no se
1768 hace. Pero siento que esas cosas pasan por algo, y si mi personalidad, mi forma de ser
1769 necesitaba a esa otra persona es por algo. Y no me arrepiento porque me llevó hasta aquí,
1770 me llevó a estar mejor conmigo misma, a entender muchas cosas de mí misma y eso lo
1771 agradezo mucho. Eso yo lo agradezco.

1772 A: Ok, ¿y qué impacto dirías que tuvo el hecho de haber sido diagnosticada y recibir un
1773 tratamiento de medicación en la forma de tú concebirte a tí misma?

1774 L: Bueno, si hablamos de impacto a corto a plazo, es decir, inmediato al momento de
1775 decirme el diagnóstico eh... me costó mucho pensar como algo positivo, mucho. Pero
1776 viéndolo en retrospectiva creo que fue bueno porque luego fui entendiendo primero que
1777 eso no es una cosa que me pasa solo a mí, o que yo simplemente estoy loca y ya, no. Tú
1778 estás pasando por una etapa, esa etapa tiene un nombre y tiene un tratamiento, ¿qué
1779 significa?, que eso tiene solución. Y eso ya es más de lo que tuve toda mi vida, porque yo
1780 toda mi vida pensaba que lo que yo sentía o como me veía iba a ser así toda la vida y que
1781 no iba a mejorar. Era así y punto. That's it. Pero luego darme cuenta ‘coño, pero ya va, si
1782 esto tiene un nombre, tiene un tratamiento, es porque en algún momento me voy a sentir
1783 bien ¿no? O sea, si hago todo así, entendiéndome, o sea, haciendo todo lo que me estoy
1784 recomendando un profesional, eso significa que algún momento yo voy a salir de este
1785 peo, no sé cómo, no tengo ni idea, pero voy a salir de esto’. Y eso fue lo que entendí un
1786 par de semanas después de haber sido diagnosticada. Y se sintió bien, se sintió muy bien
1787 porque sentí que por fin había una salida al túnel. Independientemente que luego recaí, y
1788 de hecho durante el tratamiento me di cuenta que las recaídas son parte del tratamiento,
1789 o sea me di cuenta de que recaer no es que sea un retroceso, es que simplemente tuviste
1790 un bache y ok, bueno ok, tuviste un bache, ahorita hay que ver qué hacemos con ese
1791 bache. Baches vas a tener toda la vida, problemas vas a tener toda la vida, lo que hay que
1792 ver es qué hacemos con eso de manera sana. Yo esos baches, esos huecos los cubría con
1793 autolesiones. Yo tuve autolesiones, yo me cortaba y tengo quemadas de cigarro que no se
1794 han curado. Yo empecé a fumar hace unos tres meses. Eso fue una situación... porque yo
1795 nunca he fumado en mi vida, pero de repente hubo un día en que la cosa era too much y

1796 nada, me prendí un cigarro y me dio una sensación así de (hace gesto de tranquilidad), y
1797 lo empecé a agarrar. Sin embargo ese es mi estado ahorita. Eventualmente sí lo quiero
1798 dejar. No me siento todavía preparada para dejarlo, pero sí es una meta para este año.
1799 Porque ‘no fumaste toda tu vida, estás teniendo una etapa en que lo necesitas, ok, cool,
1800 pero vamos a entender que no lo necesitas. ¿Podemos vivir sin eso verdad? Sí, podemos
1801 vivir sin eso’. Y bueno, entender de que la salida de drenar esas cosas no es esa, no lo es.
1802 Tampoco es... yo pasé tres meses comiendo una sola vez al día, eso también es autolesión.
1803 Y entender de que eso no es la solución, eso no te va a llevar a ningún lado. Y con la
1804 terapia, tal vez tarde, pero lo fui entendiendo. Fui entendiendo de que, no es que con la
1805 terapia te vas a sentir perfecta toda la vida, no. Es que cuando tengas momentos difíciles,
1806 vas a tener las herramientas sanas para salir de eso y listo. Y eso es importantísimo, y eso
1807 yo creo que eso es la parte que del diagnóstico es lo más importante, porque de verdad,
1808 antes de ir a la terapia, por lo menos lo que yo pensaba era que nadie más está pasando
1809 por lo que yo estoy pasando. Cosa que es muy egoísta de mi parte, porque tú no te sabes
1810 la verdad del mundo, tú no conoces a las personas de este mundo. Pero yo me sentía así,
1811 como que yo soy la única en la vida que se siente así, que se ve así. Aparte mucha gente
1812 me decía “ay, ¿pero por qué tú te sientes así si tú eres tan bonita?” o “...si tú eres tan
1813 inteligente” y tal. Y yo por dentro pensaba: “¿tú estás loco?, o sea por favor qué asco, o
1814 sea dios mío, qué asco, o sea literal, soy un asco, o sea qué hablas”. Y el diagnóstico me
1815 hizo entender que, no es que sea normal, pero pasa pues y le pasa a muchas personas y
1816 tiene solución. Y eso es una cosa que yo no tuve en 15 años, y eso es mucho. Es
1817 muchísimo, de verdad que sí.

1818 A: ¿Y en cuanto a la forma de verte a tí misma?

1819 L: ¿Respecto ahora, o sea cómo me veo ahora?

1820 A: Sí.

1821 L: Yo me he dado cuenta que... tú me estás agarrando en una etapa muy positiva. Eh
1822 desde que rompí mi matrimonio, o desde que se hizo la separación, o sea ya no estar
1823 juntos, estoy involucrada en un proyecto en Panamá por mí misma. Eh tengo pedidos por
1824 mis cuadros y me van a pagar por eso, haciendo lo que amo. Hoy acabo de trotar mis
1825 primeros 10k, estoy trotando desde hace unos pocos meses, y voy a tener mi primer

1826 maratón la semana que viene, el cual estoy segura que lo voy a terminar y lo voy a
1827 terminar perfecta. Estoy demasiado contenta con mi trabajo, siento que soy una buena
1828 empleada y una buena mano derecha de mi jefe, y sé que mis empleados me ven así. O
1829 sea sé que ven así y me ven como un apoyo. Yo cuando dejé la medicación, decidí, por
1830 decisión propia, escribir un poco sobre lo que tenía. No di demasiados detalles, pero me
1831 pareció importante, ya que yo me estaba cerrando a un ciclo o sentía que estaba cerrando
1832 un ciclo. Escribí sobre eso y no me dio miedo compartirlo. O sea, yo dije “bueno, a la
1833 gente capaz no le guste o capaz sí le gusta, no lo sé”. Pero yo estoy segura que si en algún
1834 momento de mi vida, incluso antes de la terapia, yo hubiera leído lo que yo estaba
1835 escribiendo de quien sea, no me hubiera sentido tan sola, a pesar de que sea una persona
1836 con la que no comparta mucho, pero decir ‘verga, esto es lo que me pasa a mí. O sea, esto
1837 le pasa a la gente, o sea no soy única, o sea. Y esta chama pudo buscar ayuda y está mucho
1838 mejor, entonces yo puedo salir de este hueco’. Y gracias a eso sigo recibiendo mensajes.
1839 Anoche recibí tres mensajes más, y eso lleva más de una semana que lo publiqué, de
1840 personas diciendo ‘gracias por compartir de lo que acabas de poner’. Mucha gente me ha
1841 escrito “Estoy pasando por depresión”, “tengo PTSD”, “estoy pasando por ataques de
1842 ansiedad”, “todo lo que escribiste, o sea no te imaginas cómo agradezco de haberlo leído,
1843 creo que es lo mejor que he leído en mi vida”. Y eso que yo no soy una escritora
1844 demasiado arrecha pues. Si deseas que te comparta el escrito, yo con todo el cariño del
1845 mundo te lo puedo mandar, si lo quieres leer, si eso ayuda en algo, no tengo ningún
1846 problema, yo lo escribí, de verdad primero porque lo necesitaba yo como un cierre, como
1847 decir ‘estás mejor’. Y también, la parte buena de toda la experiencia negativa que tuve
1848 durante toda mi vida me hizo darme cuenta que yo puedo ayudar, así haciendo esto, y sí
1849 voy a poder ayudar a alguien, así sea exponiéndome de una manera que nadie hace, lo
1850 voy a a hacer. Lo voy a hacer, porque yo no sé si cuando lo escribí, alguien estaba
1851 revisando su Facebook por última vez y dijera ‘coño, esta chama logró salir de este hueco,
1852 ¿por qué yo no?’. Yo ahorita me siento... sé que tengo mis defectos, tengo mucho por
1853 que trabajar en mi autoestima todavía. Todavía hay muchas cosas que no están perfectas,
1854 o sea que sí tengo que ir trabajando, pero lo bueno es que sé que las puedo trabajar y sé
1855 que lo voy a hacer bien. Y sé también que siempre voy a cometer errores, siempre voy a
1856 tener cosas que no van a ser cien por ciento buenas, pero eso no significa que yo soy una
1857 basura, ni que no debería vivir, nada qué ver. Yo ahorita soy una novia muy buena, apoyo
1858 a esta persona que me ha apoyado tanto por mil maneras, apoyo a mi equipo de trabajo,
1859 apoyo a mi jefe, apoyo a mi familia y a cada persona que me viene a pedir ayuda la apoyo

1860 y estoy ahí sin chistar, y me encanta. Y eso muy pocas personas lo hacen y por eso me
1861 siento como una persona muy muy muy valiosa. Y me encanta, porque nunca me había
1862 sentido así, en 29 años nunca me había sentido así.

1863 A: Y con respecto a la depresión, ¿cómo te ves hoy en día a tí misma?

1864 L: O sea, ¿de haberla tenido o de haberla superado?

1865 A: De haberla tenido y de haberla superado.

1866 L: Siento que es posible que todo el mundo en alguna parte de su vida pasa por depresión
1867 más leve o menos leve, siento que es algo que está en uno pues. Siento que yo pude haber
1868 atacado esto muchísimo antes, sin embargo no me arrepiento de haberlo atacado cuando
1869 lo ataqué, creo que fue un perfect time. O sea un momento como que hizo click. Y me
1870 siento, me siento increíble de verdad acostarme en las noches y decir que ‘¡verga, le eché
1871 bola! ¡Le eché mucha bola!’. Busqué mi propia sanación, con ayuda totalmente, pero yo
1872 antes decía como que bueno “yo voy a estar bien porque una doctora me está dando una
1873 muleta”. No, no, no. Esta doctora me está diciendo qué pasos debo seguir y me está
1874 ofreciendo una ayudita, pero de esto voy a salir yo. Y salí yo. Tomando mis decisiones
1875 erradas o no erradas, y eso es grande, eso es muy grande, porque el día de mi intento de
1876 suicidio, pude haber no estado más, no podríamos estar teniendo esta entrevista
1877 posiblemente. Pero no, estoy aquí. Y estoy demasiado contenta de estar aquí. Estoy muy
1878 orgullosa de mi vida. Estoy muy orgullosa de verdad. Y por eso no chisté cuando me
1879 dijeron que yo podía ayudarlas a ustedes en esto porque, vuelvo y repito, si esto puede
1880 ayudarlas no solamente a ustedes si no que tal vez esta tesis, que seguramente va a tener
1881 un auge increíble, una aceptación increíble, estoy segura de eso, oye si puedo hacer un
1882 granito de arena ahí, soy la persona más feliz, así mi nombre no aparezca. Yo estoy muy
1883 orgullosa de mí, demasiado.

1884 A: Ok, ¿y qué significado tiene la depresión en tu vida?

1885 L: Siento que fue simplemente una etapa. Una etapa que tenía que pasar. No me arrepiento
1886 de haber tenido depresión, o sea no es una cosa que digo ‘¡qué bolas que tuve depresión,
1887 qué cagada!’, no. Fue una etapa que condicionó muchas cosas negativas en mí, pero

1888 también me dio muchas cosas positivas. Me hizo ser una persona más empática. Y me
1889 hizo ser una persona que analiza mucho, desde un punto de vista muy sentimental, y yo
1890 siento mucho, o sea yo soy una persona muy sensible. A mí, tú y yo no nos conocemos,
1891 pero tú ahorita me cuentas cualquier cosa personal y yo voy a estar literalmente
1892 escuchando cada palabra que digas, y la voy a estar procesando, y no me voy a sentir mal
1893 por eso. Y yo creo que la depresión, eso del sentir tanto, así las cosas buenas como las
1894 malas, eso es algo muy bello. Y muy pocas personas lo hacen. Y yo creo que es eso, la
1895 depresión fue una etapa, digamos las primeras tres décadas de mi vida, ahora falta otras
1896 décadas en donde bueno, vamos a ver qué pasa.

1897 A: ¿Pero consideras que es algo que quedó atrás?

1898 L: Considero que es algo que voy a dejar atrás. Todavía me da miedo arriesgarme a decir
1899 que estoy totalmente fuera de la depresión. Me siento así, o sea me siento que de verdad
1900 nada que ver, pero también estoy dándome el chance de pensar que ‘puedes volver a sentir
1901 mal, y puede volver a ser depresión, pero eso no está mal. Solamente ya sabemos que
1902 estuvimos ahí y podemos volver a salir’. Y ya el saber que puedo volver a salir, me hace
1903 sentir que esa etapa de la depresión como tal está atrás. No sé si me explico.

1904 A: Ok, ok. Entiendo.

1905 L: O sea, es sabe que las cosas no tienen que ser tan negras como yo me las pintaba. Y
1906 que si algo no me gusta, así sea la persona que yo más quiero en el mundo, me dice todos
1907 los días que lo que yo hago está mal, yo voy a tener la fortaleza de decir “el que está mal
1908 eres tú, si no te gusta ahí está la puerta. O te vas tú o me voy yo. Punto.” Y eso lo puedo
1909 decir ahora y no lo dije en toda mi vida. Y sé que lo voy a seguir diciendo porque pasé
1910 por una etapa en donde sé lo que es estar muy mal, pero ahorita en estos poquitos meses
1911 sé que puedo estar bastante mejor y yo no voy a soltar esa oportunidad en lo más mínimo.
1912 Entonces yo... sí, sí siento que es una etapa que a pesar de que estoy consciente de que
1913 puedo volver a recaer, pero sí siento que esa etapa de **negro** está atrás, de negro absoluto
1914 está atrás.

1915 A: ¿Y qué es lo que te hace pensar que puedes volver a recaer?

1916 L: Porque estoy consciente de que no todo va a ser color de rosa. Yo he estado en el otro
1917 lado del color de rosa, yo he estado mal, y sé perfectamente que, más viviendo el ámbito
1918 en el que vivimos, yo tengo muchos planes de tal vez irme del país o no y tal. Y cualquier
1919 decisión que tome, ya sea quedarme o irme o lo que sea, va a conllevar muchas
1920 despedidas, muchos retos y va a llevar consigo mucha retos también personales, muchas
1921 cosas que tengo, muchos obstáculos personales. Y yo, sería muy iluso de mi parte decir
1922 que yo voy a estar perfecta todo el tiempo. Yo estoy clara de que es posible, de quién
1923 sabe, es posible que en un momento, coye me fui del país, estoy lejos de mi familia
1924 etcétera, y tal vez me cueste llevarlo pues. O sea, puede ser un momento difícil, pero sé
1925 que ese momento voy a saber identificarlo. Sé que voy a saber decir ‘epa, ya estuvimos
1926 ahí. ¿Cómo salimos? Ah, salimos así, ok. Vamos a salir.’”

1927 A: Pero ok, comprendo. Pero, o sea qué es lo que te hace pensar que... o sea, claro que
1928 las personas pueden tener momentos tristes, o que lo pueden pasar mal...

1929 L: Ah, ¿hablas de caer en depresión clínica?

1930 A: Exacto.

1931 L: No, no, no no. No, yo creo que depresión depresión clínica, creo que... O sea yo hablo
1932 de una depresión leve pues.

1933 A: ¿Una tristeza?

1934 L: Sí, una tristeza muy fuerte, un duelo algo así. Tienes razón, tal vez usé muy mal el
1935 término. Pero en cuanto a depresión clínica creo que... a menos que pase algo que no me
1936 lo pueda ni imaginar, pero... Yo creo que con todo lo que, o sea estuve tan bajo y salí tan
1937 alto, que yo creo que caer tanto... o sea, sé que en el momento en el que sienta que la
1938 cosa se puede agravar más de lo necesario, yo voy a saber qué hacer. Así sea buscar ayuda.
1939 Ayuda así de la más sencilla, no un psiquiatra sino un psicólogo, y que ‘epa mira, me
1940 estoy sintiendo mal. Está pasando esto y tal’. Y saber cómo pelear contra eso, para no
1941 entrar en una depresión clínica porque ya estuve ahí y no gracias. It wasn’t fun. No fue
1942 divertido. O sea exacto, entrar en una depresión clínica ya de... de querer morirme, de...
1943 no. No. Ya caí suficientemente bajo, ya sé que no va a pasar. No importa qué tan mal se
1944 pongan las cosas, siempre hay una salida, siempre. Siempre.

1945 A: Ok, y bueno, ya para cerrar. ¿Qué significado tiene ser mujer para tí y qué significado
1946 tiene en relación a la depresión haber vivido eso?

1947 L: ¿O sea ser mujer y haber tenido depresión?

1948 A: Sí, ¿Qué significado tiene para tí?

1949 L: Mmm. A ver... A ver cómo lo resumo, déjame pensar un poco. Siento que eso está
1950 muy condicionado a cómo nos crían y cómo la sociedad ve a las mujeres. O sea porque
1951 muchas de las cosas que a mí me... siento que me condicionaron un poco al llevar tal vez
1952 de una manera, no de la mejor manera, la depresión, es lo que se espera de una mujer.
1953 Especialmente digamos, en un matrimonio, por decirlo así. Eh la mujer siempre tiene que
1954 ser, o sea siempre dicen que tiene que ser la roca del oso y si estás en una relación así, tú
1955 tienes que dar el cincuenta por ciento y el otro tiene que dar el cincuenta por ciento. O esa
1956 clase de concepciones que te meten desde crianza en la cabeza, eh no me ayudaban. Y
1957 creo eso es un tabú que tenemos que esforzarnos en romper, de verdad. Sin embargo,
1958 conociendo amigos que han pasado por eso... eh... siento que por lo menos era más
1959 socialmente aceptable decir que yo estaba mal, o estaba despechada, o estaba triste, o
1960 estaba desganada, porque las mujeres “dicen”, pongo las grandes comillas, somos más
1961 sensibles, lloramos con mayor facilidad, pura paja. O sea, simplemente estoy diciendo los
1962 cliché. Sinceramente yo creo que en esa parte la sociedad venezolana como tal le cuesta
1963 mucho romper esos patrones de sociedad, le cuesta mucho. Y hablo de Venezuela
1964 realmente porque no conozco experiencias externas, pero siento que en el ámbito en el
1965 que estoy, eh estamos un poquito atrasados en ese sentido. Y yo creo más bien a un
1966 hombre, presentándose la misma situación que a mí, tal vez sea más difícil porque
1967 lamentablemente vemos a los hombres como que les afecta menos las cosas, esta clase de
1968 cosas. O sea vemos que los hombres no son tan sensibles o tan empáticos, entonces
1969 cuando escuchamos que un hombre está deprimido decimos como “qué raro, sabes. ¿A
1970 un hombre qué tanto le puede estar afectando?”. El mismo tema estúpido de que un
1971 hombre no debería llorar, algo tan estúpido como eso. Entonces siento que el ser mujer
1972 tienen como que un poquito más de libertad de llorar en frente de tus amigos y que no sea
1973 algo mal visto, “Ah, es que bueno claro, pobrecita”. Pero si un hombre, voy a poner el
1974 ejemplo, como yo lo veo ojo, tendrías que ver la opinión de un hombre como tal... Si un

1975 hombre le dice a un grupo de amigos llorando, que lleva tres meses sin tener intimidad
 1976 con su esposa, y lo dice llorando por el suelo, ¿qué tan aceptable puede ser? O sea, ¿cómo
 1977 lo verán los demás? O sea muchas veces, eso lo ven como “ah bueno, o sea... o sea be a
 1978 man, ahómbtrate y haz algo al respecto”. En cambio cuando una mujer no se siente deseada
 1979 siempre lo ven como que “¡ay, pobrecita! Arréglate más” y tal. Es como que siempre lo
 1980 separan, como una mujer es más de esperarse que esas cosas le afecten, pero a un hombre
 1981 no, un hombre tiene que ser la roca, tú sabes. No es permitido que tengan esos ataques
 1982 así, cosa que me parece muy triste. Muy triste, sinceramente porque, las razones que sean
 1983 todos las pasamos, todos somos gente. Y eso yo creo que es importante que la sociedad
 1984 lo entienda, o sea romper ese tabú es importantísimo. Es importantísimo, porque esas son
 1985 las semillas que vamos creando para que luego que haya problemas mayores y la gente
 1986 no sepa. Antes por ejemplo era muy tabú que la gente fuera a un psicólogo. Los psicólogos
 1987 eran para la gente loca, ¡y no! Y poco a poco la gente va entendiendo que la gente va a
 1988 terapia porque necesitan una ayuda profesional, entender ciertas cosas, eso no está mal.
 1989 La familia de mi exesposo me considera loca, hasta el día de hoy, lo dicen públicamente
 1990 hasta en redes sociales. Que yo soy la loca de la familia porque busqué ayuda. Y mi
 1991 exesposo en la vida se le va a ocurrir buscar ayuda, en la vida. En la vida, porque no, no,
 1992 “eso no es para él”. Por la misma crianza de que no tienes permitido sentirte mal y eso es
 1993 triste. Eso es muy triste. Muchos hombres con los que he hablado, ojo, primero no se
 1994 permiten aceptar que necesitan ayuda, no se lo permiten o sea, es como que “no no, yo
 1995 tengo que asumir mi rollo como un hombre. Como un hombre”. Vaina más absurda, pero
 1996 bueno. Y también la sociedad por otro lado les dice como que “no no, ¿qué eres, una niña?
 1997 O sea, levántate de la cama y trabaja. Sé un hombre”. Y es por eso que primero tal vez
 1998 muchos no busquen ayuda, lo cual es triste. Y si buscan ayuda lo harán de manera muy
 1999 muy a puerta cerrada, de sabes “yo no voy a hablar de esto, yo esto no se lo voy a decir a
 2000 nadie porque imagínate qué van a pensar de mí”. Y además que si lo hayan hecho, hayan
 2001 incluso superado, pero luego tener una entrevista con ustedes tal vez no estén tan abiertos.
 2002 No sé, estoy poniendo muchas opciones.

2003 A: Tú opinión pues...

2004 L: Mi opinión. Yo digo que tal vez no sea el cien por ciento de los casos, pero puede
 2005 pasar. Lo sé porque he hablado con amigos de eso. Y yo creo al final queda de parte de
 2006 nosotros, mujeres y hombres, en romper esos tabúes. O sea, mujeres y hombres, ambos.

2007 De verdad, o sea porque, de verdad algo tan sencillo como conseguir la ayuda que
2008 conseguí. Que al final fue una decisión difícil de tomar, pero es tan sencillo. Sabes, es
2009 mucho más sencillo que no buscarlo, es mucho más sencillo que quedarme en la oscuridad
2010 total. Y criar a una persona con la mentalidad de que eso está mal, seas del género que
2011 seas, le estás cortando las posibilidades de en algún momento querer ser feliz y necesitar
2012 ayuda. Entonces, yo creo que y lamentablemente eso muchos hombres los crían con eso
2013 pues, con pensar en que tienes que ser fuerte sin importar qué, tú tienes que poder proveer
2014 a tu familia y no importa si no sé, si te abusan en el trabajo, a nadie le importa. Tú llegas
2015 a tu casa y le das plata a esa familia ¿Qué estás deprimido? No, a nadie le importa, eso es
2016 horrible. Y sé que mucha gente de verdad ha vivido con esa concepción. De hecho mi
2017 exesposo es un ejemplo perfecto de eso, porque hasta al sol de hoy yo estoy segura que
2018 él necesita por su lado, terapia. Segura. Y yo se lo dije, cuando no separamos se lo dije,
2019 “yo te voy a recomendar que vayas a un terapeuta, y te lo digo con los 12 años que te he
2020 amado y he conocido. Necesitas ayuda”. No lo ha hecho, según me dijo. Ya queda de su
2021 lado, pero es eso. O sea según mi experiencia, mucho es eso.

2022 A: Entiendo. Bueno, creo que eso fue todo, muchísimas gracias.

ANEXO F
ENTREVISTA CON JUAN

Cuarta entrevista: 11/03/2018.**Juan, 40 años.****Entrevistadoras: A y N.****Entrevistado: J.**

2023 J: Bueno, como te estaba diciendo, finalmente soy naturalmente triste (risas) algo así. O
 2024 sea eso ha sido así, o sea eso es una condición de siempre, yo no logro recordar dónde fue
 2025 el crack, hay algo que siempre ha estado ahí, como algo que no calza, y para mí eso es
 2026 importante, como que nunca hay nada... de por sí no fui, o sea nunca fui una persona
 2027 sociable, o sea me costó, o sea yo tardé para, o sea todo ese proceso de socializar, las
 2028 chicas, bueno yo tardé, no fue tan rápido, no fue a los dieciocho, o sea sí, socializaba y
 2029 todo pero era muy tímido, era gordito, no estaba contento con mi físico, entonces era,
 2030 son todas las excusas que uno se busca 'pa' no echarse al ruedo, o sea por no querer salir
 2031 herido, de alguna manera. También un conflicto familiar complejo, o sea de padre
 2032 conflictivo, una madre italiana absolutamente mamma mía y un papá venezolano,
 2033 mujeriego hasta el tuétano, entonces claro esas cosas pues siempre influyeron, no sé si, a
 2034 todos mis hermanos, somos cuatro, nos influyó de cierta manera, me imagino que a cada
 2035 quién distinto, ¿No? pero sí nos influyó creo que un conflicto a todos, y bueno, a mí me
 2036 dió, no sé si directamente eso, pero sí, así fue, entonces eh someramente eso es un poco
 2037 un compendio bastante corto de lo que ha sido mi conflicto de vida.

2038 A: ¿Y cuándo fue que llegó a la crisis como tal?

2039 J: Cuando estaba en España. Yo me fui a España hace, yo, yo regresé a Venezuela en
 2040 2010, yo me fui en el 2005, viví tres años en España y en el último año, año y medio en
 2041 Francia. Tenía una novia y estaba en un proceso de total infelicidad, no estaba en un lugar
 2042 donde quería, no estaba haciendo lo que quería, no estaba haciendo nada que quería hacer,
 2043 no tenía ningún tipo de, de, de objetivo claro en la vida, entonces coye yo tampoco tenía
 2044 muy claro en la vida nada, casualmente ahorita sí, de repente a los cuarenta años puedo
 2045 decir ah, tengo un poquito más claro qué es lo que quiero, ¿no? está bien ¿no? y creo que
 2046 es la edad, eso de que te digan a los dieciocho años que te estás graduando 'decide qué
 2047 coño es lo que vas a hacer con tu vida, 'pa que eches 'pa'lante' 'coño yo tengo dieciocho
 2048 años, marico no sé nada, no he estado en ningún lado, o sea qué coño voy a saber ahorita'
 2049 y es así, el que lo consiga bien chevere, pero la mayoría de las veces, la mayoría de gente

2050 que yo he conocido y en la gran enorme mayoría, a los dieciocho años qué coño van a
 2051 tener idea de qué vas a hacer con tu vida, ¡ninguna! ¡no he salido a la vida ni siquiera! A
 2052 los treinta es que empiezas, ‘ah coño, creo que va por aquí’, a esta edad, coño estoy más
 2053 seguro que creo que sí estoy más seguro que es por aquí, y coño entonces claro, son
 2054 conflictos, coño estar allá y explotar.

2055 A: ¿A qué te dedicabas en ese momento?

2056 J: Yo soy técnico de sonido, graduado como técnico de sonido, me gradué aquí. Ahí hacía
 2057 cualquier cosa, que es lo que no entiende la mayoría de la gente que se va, la gente se va
 2058 con el tema de que me voy, voy a llegar allá y porque ya estoy graduado, y no güevón,
 2059 allá no eres nadie, allá no eres nadie, yo aquí soy un turrante más y tienes que trabajar a
 2060 turrar de lo que haya, y es así.

2061 A: ¿Y en qué trabajabas tú?

2062 J: En una cocina. Y eso realmente, yo no tengo peo con eso, pero... coño qué fracaso
 2063 (risas)... con mi novia, eh... hubo una cuestión ahí que sí la quería pero que ya no, ella se
 2064 llama Ana, que ya se está obligando a una circunstancia que ya no, ya, ya, esto no lo voy
 2065 a comentar (risas) pero la cosa estaba mal. Eh, y después me entero estando aquí y
 2066 seguramente es mucho más complejo, solamente voy a dar los detalles que me sienta
 2067 cómodo dar, pero sí encontré, o sea sí se supo después que estaba aquí en Venezuela supe
 2068 que, yo no tengo tiroides, me tuvieron que quitar la tiroides, entonces posiblemente, eso
 2069 lo he hablado con Miranda, que posiblemente sufrí de la tiroides toda la vida y no lo
 2070 sabía... o sea porque yo no sabía que era tan grave, o sea sí, antes de cualquier cosa es
 2071 importantísimo ver si la persona tiene un problema hormonal que pueda influir, e influye
 2072 muchísimo, y muchísimo por no decir que influye totalmente, o sea eso puede ser la causa,
 2073 de hecho yo estoy tomando tirosis y yo no puedo decir que haya mejorada nada, creo que
 2074 hoy por hoy hubiera preferido intentar cualquier otro medio antes de hacer el medio
 2075 clásico y más rápido que es echar cuchillo. Entonces claro, todo ese tema de, físico,
 2076 emocional y tal, tal, tal, llego yo a Venezuela...

2077 A: ¿Cuándo volviste?

2078 J: En 2010.

2079 A: Volviste a Venezuela, ¿y estuviste afuera...?

2080 J: Cinco años, con el plan de estar aquí dos meses porque mi madre se enfermó de cáncer
2081 y eso fue un tema, de estar tres meses como mucho y regresarme y ya llevo ocho años
2082 (risas) este, bueno eh, aquí explotó, aquí explotó, un estado, además que es otro tema con
2083 otras connotaciones que ya las he conversado más con Miranda y tal de que tampoco da
2084 mucha mayor explicación, pero connotaciones de otro ámbito un poco más eh, fuera de
2085 lo común, o sea, me explico, fue un tema mucho más complejo que meramente
2086 'psicológico o meramente físico, entonces fue un tirado abajo, o sea es decir, yo llegué a
2087 pasar días, por no decir, yo llegué a perder inclusive el sentido del tiempo, llegué a
2088 perderlo, o sea (dice varias cosas inaudibles) o sea pasaron tres años, dos años y medio,
2089 casi tres y yo mucho de ese tiempo me recuerdo que dormía en una esterilla en el piso,
2090 porque quería dormir en el piso y pasaba días sin bañarme, o sea en un estado de total
2091 colapso, colapso, colapso, que de repente estaba ahí y me orinaba encima y no le paraba
2092 y orinado, o sea un estado abajo, abajo, abajo, que yo decía se acabó mi vida. Tuve un
2093 intento de suicidio, bueno un intento no, porque si lo hubiera intentado me hubiera
2094 suicidado, fue una intención clara o sea de verdad como que determinando cuál era la
2095 mejor manera de matarme y me iba a lanzar de un piso once, o sea en el proceso de
2096 hacerlo, de pensarlo, de dudarlo... o sea el que dice que el que se suicida es un cobarde,
2097 hay que tenerlas así (hace un gesto con la mano) para montarte en un edificio de once
2098 pisos y lanzarte, sabes, hay que estar muy desesperado y hay que tener un coraje de,
2099 porque hay que tener coraje para decidir acabar con la vida, cuestionable no, o no, pero
2100 hay que tener coraje. Yo no tuve el coraje, gracias a Dios, porque mi madre salió, sino
2101 me lanzo.

2102 A: ¿Vivían juntos?

2103 J: Claro, yo me había regresado. Entonces mi madre con cáncer, entonces imagínate la
2104 culpa, el peo, la vaina, entonces claro, era como que bueno, me toca convivir con esto y
2105 veo cómo mi vida se destruye y se consume y bueno, yo soy el espectador de eso.
2106 Entonces abajo, abajo, abajo, abajo, con más o menos como que, siempre hubo como que
2107 una cosa de fondo como que 'aguanta, respira, aguanta, respira, respira, un día más, un

2108 día más, un día más’ y bueno pasó no sé cuánto tiempo más y hubo ciertas mejorías, como
2109 que estabilizado, porque yo no podía ni caminar bien, no podía trabajar y, y...

2110 A: ¿Todo esto antes de que asistieras a un profesional?

2111 J: Ahí, mira, ahí, o sea, yo fui al sistema público, fui a psiquiatra, en Francia me enviaron
2112 a un psiquiatra que lo que dijo fue ‘no, tú tienes un brote psicótico, tómame esta pastilla,
2113 yo ya sé que es esto’ (dice cosas inaudibles). Yo llegué, cuando estaba aquí en Venezuela,
2114 a pensar, pensaba cómo hacía para regresar a Francia a matarlo, yo decía ‘cómo llego yo
2115 ahí a buscar un arma para matarlo’. Me jodieron, o sea el tipo me hizo una vaina, yo me
2116 recuerdo que hasta físicamente las luces hicieron (hace un gesto bajando las manos), o
2117 sea la luz del ambiente bajó y yo llegué a estar así como muerto en vida... Entonces claro,
2118 con ese antecedente es difícil, sin embargo estando aquí me convencen para ir a otro
2119 psiquiatra y lo que hacía era mentarle la madre al tipo todo el tiempo. Me llevaron a un
2120 tipo que era una eminencia, ni siquiera psiquiatra, un neuro no sé qué vaina, que me quitó
2121 toda la plata ahí porque era carísimo y me llegó a meter, yo recuerdo que llegué a tomarme
2122 entre medicamentos, inyecciones, pastillas y toda vaina ocho medicamentos en la mañana
2123 y en, o sea dieciséis medicamentos.

2124 N: ¿Diarios?

2125 J: Sí.

2126 A: ¿Y qué te decía...

2127 J: Que había una deficiencia de Dopamina, GABBA, no sé qué vaina, porque yo (dice
2128 cosas inaudibles), entonces claro también va y dice ‘Doctor, no me siento bien, me siento
2129 fatal’ y es un tipo que lo que está viendo es unos exámenes y te dice ‘los resultados dicen
2130 que todo está bien’, bueno me sabe a mierda lo que digan los resultados, yo no me siento
2131 bien. Hasta que llegó un punto clave hasta que el tipo, yo ya me había gastado todos los
2132 riales, y el tipo me quería aumentar la dosis de la vaina, y yo dije ‘¿sabes qué? cómprese
2133 un mono y le mete media farmacia por el culo’ y voy a hablar en cristiano, ‘media
2134 farmacia por el culo, porque yo no voy a ser su mono’, y me paré y me fui. El tipo además
2135 se quedó así, ‘no, pero Juan’ y a mí me sabe a mierda, ‘usted lo que es es un hijo de puta,

usted y todos los suyos'. Y lo sigo creyendo, o sea ya entendí por qué en todas las películas de terror siempre está la figura del psiquiatra y el centro psiquiátrico, eso es de terror, es de terror, es la muerte, o sea enviar a una persona, creo que en todos los casos no, bueno a mí me ayuda un poco esto que ha pasado ¿no? pero es anular, dejar que la persona sea un estorbo, pa él y para todos, la mejor manera es hacerle una lobotomía química, claro 'ya que no te metí la vaina por aquí (apunta a su ojo) vamos a drogarte'. Y en todo ese proceso entonces ya estaba desesperanzado total y no tenía fe en. Había ido a un psicoterapeuta que me busqué por internet, porque yo sabía que había que andar, que había que caminar esa senda sí o sí, pero no me convencía quién, no me convencía quién. O sea no encontraba una persona que me diera la confianza como para yo abrirme y que yo sintiera que pudiera ver el resultado, claro yo quería los resultados para ya, yo quería llegar ahí y salir de ahí diciendo (suspira:) ya, por lo menos un poquito. Ahora sé que eso no pasa así, pero en un momento coño, es normal que tu quieres sentir cierto alivio ¿no? entonces fui a este médico y nada. La cuestión médica, sí yo no dudo de su capacidad y sus conocimientos, pero una relación de yo allá tú acá, médico paciente, yo soy el médico, yo soy el que sé y usted es el paciente pasivo, quédese ahí y usted cállese y escuche, entonces no... era como que la vaina, yo digo como que bueno, le pagué la factura al tipo, hoy va a poder comer y pagar la luz y la vaina y yo así como que, 'coño pana estoy resolviéndole el tema a él y él no me está resolviendo el peo a mí, esto no tiene sentido' (risas). Entonces yo conozco a una señora que yo fui y lo sigo haciendo, no me arrepiento, o sea fui a buscar otra, a vainas holísticas, o sea algo tiene que funcionar ¿no? y sí, creo que funciona, no como la gente lo espera, pero fue por medio de una de esas terapias que una persona me dice, 'coño yo tengo una psicóloga amiga y es la que yo te voy a recomendar, que yo le mando a la gente que yo conozco de mi confianza, se llama Miranda' y yo le digo '¿seguro?'. Entonces cuando voy a ver a Miranda, bueno primero veo que es una chama joven, guapa (risas), entonces, voy para allá y empezamos a hablar y de una vez el primer día digo 'aquí es'. Me recuerdo una pregunta que me hizo Miranda, y todavía lo recuerdo, creo que Miranda todavía se debe recordar, porque una vez hablamos de ella, de esa pregunta que ella me hizo y esa respuesta que yo le dí. Ella me dijo '¿hasta dónde quería...? -algo así como que- ¿hasta dónde estaba dispuesto yo a llegar?'. Y yo le dije que esa no era la pregunta, que había formulado mal la pregunta, que la pregunta era que, hasta dónde ella estaba dispuesta a bajar conmigo a donde yo inevitablemente estaba, entonces nos quedamos así viendo y yo, bueno, trato. Y hemos llegado, y acompañado, o sea Miranda ha bajado conmigo, un poco ese proceso de

2170 Miranda bajar conmigo, porque entonces se han dado cambios. Ella siempre me habló de
 2171 la paciencia, de crear el vaso alquímico, y yo ‘coño Miranda no me digas esa vaina que
 2172 me da arrechera’, ella me habló que antes de entrar a la parte más oscura hay que hacer
 2173 el envase alquímico, y entonces coño, me vas a decir eso, coño yo lo que quiero es salir
 2174 de este peo ya, ‘ya va’ (imita a la terapeuta), y bueno y tuvo razón siempre porque no hay
 2175 que lanzarse a la torera si no estás preparado porque se mueven vainas duras, después
 2176 puedes salir más herido. Entonces sin darme mucha cuenta, porque claro al principio, y
 2177 es un poco, o sea yo ahorita estaba hablando con ella, le envié unos mensajes en estos
 2178 días porque con esto de que me estoy mudando han venido muchos cambios las últimas
 2179 semanas y obviamente, Juan que siempre está ahí, y bueno le estoy quitando la plaza, ese
 2180 tipo siempre va a estar ahí, el Juan saboteador, el carajito, que siempre está buscando
 2181 cómo justificarse ¿no? que ha sido dueño de Juan toda la vida, bueno, el siempre va a
 2182 estar ahí, pero lo que quiero es que no gobierne, quiero que esté abajo, que se escuche
 2183 cuando valga la pena, pero que no esté pegando gritos todo el tiempo ¿no? Entonces ese
 2184 ha estado esta semana, entonces yo hablé con ella y siempre Miranda ‘foco aquí, lo que
 2185 has logrado’ (cosas inaudibles). Me siento muchísimo mejor, sí ha notado inclusive unas
 2186 cosas que están pasando en la sociabilización. A mí me da miedo sociabilizar, yo soy
 2187 muy... la gente piensa que ‘tú eres sociable’ y en verdad a mí me da miedo socializar, lo
 2188 que pasa es que yo, eso lo he aprendido con Miranda, o sea al final qué coño va a pasar,
 2189 qué es lo peor que puede pasar, que no te vuelva a hablar, bueno ya está, entonces estoy
 2190 aplicando como que esa premisa para todo, pero todo muy ayudado, o sea yo siempre se
 2191 lo he dicho, esto no hubiera pasado sin Miranda.

2192 A: Ok, y cuando llegas con Miranda ¿cómo se te comunicó qué estaba sucediendo, o sea
 2193 todo este tema de la depresión, o sea cómo se te comunicó el diagnóstico como tal?

2194 J: Es que no fue un diagnóstico, es que yo no lo veo como un diagnóstico, es que era un
 2195 hecho, no es diagnosticar un hecho, o sea es un hecho, es una cuestión de hablarlo, o sea
 2196 yo he sido toda la vida así. Eso es simple, si el diagnóstico es eso, sí, me diagnosticaron,
 2197 pero no era ninguna novedad, o sea ya yo sabía lo que estaba pasando.

2198 A: O sea ya te lo traías...

2199 J: Ya yo lo traía, y lo tenía asumido, ‘yo soy una persona con una tendencia natural a la
2200 tristeza y a la melancolía.

2201 A: ¿Y qué te dijo Miranda al respecto?

2202 J: Me ha dicho muchas cosas (risas).

2203 A: Bueno, en ese primer momento.

2204 J: Déjame recordar, ¿qué me dijo? no me acuerdo muy bien, podrá ser así como que, no
2205 sé.

2206 A: Digamos como en ese primer momento en que estabas en crisis, pues.

2207 J: Bueno, me comentó cómo podría ser el proceso y cómo debería, como qué es lo que
2208 deberíamos, cuál sería un poco la ruta a seguir, que era de base crear ese envase alquímico
2209 de protección, para inevitablemente bajar, y sin la garantía de ser curado, es decir aquí no
2210 es una cuestión de decir que ‘va a desaparecer la depresión’. Saber que eso está, pero que
2211 no es lo único que está, o sea lo que estaba oculto en mí no era, no era, o sea era, lo que
2212 había que sacar, y lo que se está haciendo es sacar el Juan absolutamente opuesto a él que
2213 sí, que está ahí, que yo no sabía que estaba, porque yo siempre le decía a Miranda ‘es que
2214 yo soy así’, y me dice ‘ese es el problema, es que tú crees que lo único que hay es ese
2215 Juan, y sí, ese Juan está, y lo está como lo está en todo, como lo está aquí, está en todo,
2216 pero hay otro’ y que ha salido porque, por las cosas que yo le había dicho, como yo les
2217 decía en un momento, bueno sí un Juan que tomó la decisión de irse a otro país, y
2218 arriesgarse con culillo, pero se arriesgó, entonces coño mira a ese. Entonces Juan como
2219 que se está abriendo paso y coño, el otro no es que está desaparecido, pero bueno, está
2220 como más pegado a la esquina cada vez más. Entonces claro, el diagnóstico fue ese, o sea
2221 no fue un diagnóstico, o sea obviamente se corroboró algo que estaba ahí siempre...

2222 A: O sea, sí lo corroboró, sí sientes...

2223 J: Claro, claro que sí. Ella corroboró la depresión y la diagnóstico, claro que sí, ella lo
2224 debe tener, ella debe tener eso ahí en los archivos, o sea yo tenía un estado de depresión
2225 inclusive crónica.

2226 A: ¿Y te lo comunicó?

2227 J: Sí.

2228 A: Ok. Y si volvemos a la primera vez que te comunicaron que tenías como alguna
2229 condición psicológica asociada a la depresión, ¿cuándo fue? que un profesional de la
2230 salud te haya...

2231 J: ¿Además de Miranda?

2232 A: Además de Miranda, o sea la primera vez que te comunicaron...

2233 J: Eh, me lo comunicó el doctor en Francia.

2234 A: ¿Esa fue la primera vez?

2235 J: Bueno, él lo que me dijo es que yo estaba en un proceso psicótico. Como depresión
2236 como tal, bueno en el Vargas me lo dijeron, cuando me estaba viendo en el Vargas...

2237 A: ¿Eso fue cuando volviste a Venezuela?

2238 J: Cuando volví, me dijeron 'no, tú estás en un proceso crónico depresivo', yo estuve
2239 inclusive encerrado en un psiquiátrico después del intento de suicidio.

2240 N: ¿Tú estuviste hospitalizado?

2241 J: En un psiquiátrico de Vargas horrible. Ahí me dí cuenta, fíjate, porque claro estaban
2242 pasando cosas inclusive que entran fuera de... ya entrando así en las cosas que no era
2243 normal, no voy a entrar en nada que no quiera.

2244 N: Está bien.

2245 J: Pero pasaron cosas muy raras. Yo dije bueno, ‘me estoy volviendo loco ‘pal carajo’,
 2246 entonces yo mismo fui el que perdí, o sea me convencieron también pero, ah bueno, hubo
 2247 una doctora amiga de, la mamá de una amiga mía, una psiquiatra también muy famosa
 2248 que ya se fue del país, Lucy May Lima, no sé si la conocen.

2249 N: No.

2250 J: Ella, bueno, en el mundo de la psiquiatría es muy conocida, tiene investigaciones, o sea
 2251 la tipa es una dura en su vaina, y ella sí, también fui a psicoterapia y ella me dijo ‘bueno
 2252 tú tienes un proceso también psicótico, depre, depre, no sé qué tal’ eso lo debo tener por
 2253 ahí, que tenía un proceso maniaco depresivo, tal cual.

2254 N: ¿Cómo te sentías tú con toda esa cantidad de nombres que te arrojaban?

2255 J: Me parecía, bueno no me sentía bien obviamente, me parecía un poco absurdo también,
 2256 ese poco de nombres como que inventados ‘pa ponerle... o sea es como que un poco de
 2257 terminología que no sé hasta qué punto, o sea, no sé, fue raro, pero no me sentía bien
 2258 obviamente. Entonces sí, ahí hubo una también una, una, ahí sí bueno, la psiquiatra (Lucy
 2259 May) como médico que era, pues tenía que sacar un diagnóstico, y el diagnóstico fue que
 2260 yo era un maniaco depresivo, con no sé, con otras tendencias esquizo... no sé si
 2261 esquizofrénicas, pero sí que tenía esa cuestión del, del, del, del, de que estaba psicótico,
 2262 porque ciertamente yo estaba psi... en un estado de absoluta alteración, o sea en el cuerpo,
 2263 o sea yo escuchaba un ruido y era así (hace gestos de alerta con el cuerpo) o sea un estado
 2264 de nervios absolutamente en descontrol. Entonces, claro me convencen de meterme en el
 2265 Vargas y ahí dan el mismo diagnóstico, es un maniaco depresivo, bueno me querían meter
 2266 todo, Alguien voló sobre el nido del cuco, o sea así tal cual armando ¡no, yo no me voy a
 2267 meter un carajo!. O sea, ahí me di cuenta de que no estaba loco, casualmente (risas) en
 2268 un psiquiátrico fue que yo dije ‘no, yo no estoy loco’, porque el loco no se da cuenta de
 2269 que se está volviendo loco, o sea yo sí me estaba dando cuenta que estaba pasando algo,
 2270 de decir ‘ya va, esta no soy yo’ y cuando yo llegué allá la gente ‘yo no, yo estoy bien’ y
 2271 ciertamente estaban muy mal, entonces ahí es donde yo dije ‘ya va, si yo estuviera loco
 2272 no me estuviera dando cuenta de esto que me estoy dando cuenta, sáquenme de aquí’.

2273 A: ¿A qué te refieres con ‘este no soy yo’?

2274 J: Con ‘este no soy yo’, en estado psicoemocional muy (dice cosas inaudibles), o sea yo
2275 estaba como en un estado, yo siempre se lo comento a Miranda, yo estaba como disociado.
2276 Entonces yo podía, mi conciencia podía, mi cuerpo, mi mente podía estar pensando en
2277 mil locuras y vaina pero mi conciencia estaba clara, es un estado muy raro de explicar, de
2278 disociación, donde había una conciencia clara de quién era yo y de que ciertamente,
2279 aunque tenga actitudes y pensamiento digamos muy... normales, yo sabía que no eran
2280 normales y que no formaban parte de mi normalidad. Entonces yo me amarré, yo me
2281 agarré a eso para mantener la cordura porque si me hubiera soltado de esa rama, ahí sí
2282 chao. Entonces esa, ahí fue, eso fue uno de los pilares de decir ‘salgo de aquí, dejo de
2283 medicarme y busco otro, otras’, o sea llegar a Miranda tardó, yo empecé a hacer de toda
2284 vaina, Reiki y toda verga, cualquier vaina aparte que no fuera a meterme una pastilla para
2285 estar drogado ¿entiendes? y, y bueno... con todo eso de, de, de andar, buscar, probar y
2286 vaina, llegué a Miranda y ya. Y sí, efectivamente, si lo que están preguntando es la
2287 cuestión, lo que pasa es que yo me tenía que agarrar, si la cuestión es que hubo un
2288 diagnóstico, sí, sí lo hubo, un diagnóstico maniaco depresivo.

2289 A: Que Miranda corroboró.

2290 J: Sí, Miranda corroboró.

2291 N: Una pregunta, tú dices que tu empiezas a creer en pensamientos que tú decías que ‘esto
2292 no es normal’, ¿qué tipo de pensamientos, qué sensaciones, nos puedes describir un poco
2293 cómo fue eso?

2294 J: Es que es entrar en un punto que no lo vas a entender... y no sé si yo lo quiera explicar.
2295 ¿Entiendes? ver cosas, por ejemplo. ¿Esto no lo va a escuchar nadie?

2296 N: No, no te preocupes.

2297 J: Ver cosas.

2298 N: Ok.

2299 J: Ver cosas. Sentir cosas en el cuerpo, oír voces... eh... ver luces... yo una noche estaba
2300 durmiendo y vi en la esquina como una sombra subiendo, en la esquina una sombra se
2301 apareció y salían dos ojos de la sombra y yo dije ‘coño ‘e su madre, mierda, ¿qué está
2302 pasando aquí?’. Yo me acuerdo y se me paran los pelos.

2303 N: Claro.

2304 J: Porque efectivamente fue muy macabro, muy macabro. Y yo empecé a creer en eso y
2305 ustedes pueden creer en lo que ustedes quieran, pero eso es raro. Y bueno ver luces, ver
2306 luces y sensaciones en el cuerpo, energía en el cuerpo como una terminal eléctrica en todo
2307 el cuerpo y uno dice ‘¿qué es esto?’. Calor, calor, calor, entonces de repente cerraba los
2308 ojos y sentía una luz aquí y después adentro como una luz aquí en la coronilla y vaina, no
2309 sé, vainas que fueron paranor... como paranormales. Entonces claro, viendo cosas así y
2310 comprenderlas... bueno... son cosas que están pasando fuera de lo normal realmente ¿no?
2311 Después entiendes que no es tan fuera de lo normal, conoces gente que te dice ‘ya va, esto
2312 se llama así y tal’, ‘pero ya va, me lo puedes demostrar... ah mierda, sí, sí se llama así’
2313 (risas). O sea, entonces sí, ahí hay toda una naturaleza oculta a los ojos, pero es una
2314 naturaleza, forma parte de la vida y es natural y todo, pero está oculta a los ojos. O sea,
2315 me dicen a mí en un momento, ahorita no, pero en un momento ese apellido y en eso
2316 influyó mucho el antipsicótico, que abrió esa puerta, y es una puerta que es muy peligrosa
2317 porque si no estás preparado para verla... te puedes volver loco. Te puedes volver loco
2318 de las vainas que puedes llegar a ver. Entonces, pana, ahí había que trancarla, porque yo
2319 decía ‘Dios mío, no puede ser.’ Entonces en eso pasé por, claro la etapa, por esto todos
2320 estos diagnósticos, de psicótico, maníaco depresivo, un montón de cosas, o sea estoy vivo
2321 de milagro (risas), de milagro, y literalmente estoy vivo de milagro, porque hasta el
2322 cuerpo empezó a cambiar en vainas. Todo esto lo veo con Miranda, y Miranda, bueno en
2323 su vaina, bueno también debe de, de, ella no me quita veracidad a lo que yo viví, ella me
2324 dice “para yo poder ayudarte yo tengo que creer en lo que tú me dices y tratar de
2325 entenderlo” y ella ha sido muy abierta a entenderlo. Entonces... por eso fue, por eso es
2326 que yo iba a otros y les comentaba esto... seguramente decían “esquizoparanoide” y
2327 Miranda no. Sí, bueno técnicamente se podría decir que yo estuve abajo, pero esto tenía
2328 que pasar, ese fue el click, ese fue el click, que Miranda nunca me dijo, no hubo un juicio,

2329 no hubo eso, una cosa absolutamente eh científica del todo, sí lo hay claro que sí, pero eh
2330 hubo, no, no, no me quitó, o sea no infravaloró mi experiencia. O sea, tomó en cuenta mi
2331 parte para ayudar y decir “bueno, eso pasó y está ahí, pero no vamos a centrar la terapia
2332 en eso.” Esa fue la gran diferencia, “vamos a centrar la terapia en Juan, vamos a, eso de
2333 que pasó, pasó, o sea ok que lo viste, pero vamos a centrar la cuestión en Juan.” Y esas
2334 cosas, yo viví... que, que el estado mental puede abrir y cerrar puertas. Yo les recomiendo
2335 a ustedes como profesionales, cuando vean a una persona que les hable de este tipo de
2336 personas que les hable de este tipo de cosas, créanle, créanle, o sea no es una... o sea
2337 puede ser que sea una... persona grave, esquizofrénico, que tiene una condición que en
2338 verdad está viendo cosas... esa fue la diferencia con Miranda. Entonces claro... yo fui
2339 poco a poco porque todo giraba en torno a eso, al miedo, por ejemplo las noches para mí
2340 eran terribles, terribles, cuando empezaba a oscurecer yo empezaba a temblar, yo
2341 amanecía gritando, llorando a gritos. Le tenía pavor, pavor, yo empezaba a pensar “Dios
2342 mío, otra noche más.” Entonces, eh, y fíjate, todo eso se ha ido minimizando al punto que
2343 ya no pasa más, sin necesidad de pastillas, sin necesidad de... yo ahorita sí creo en la
2344 gente que me echa esos cuentos, yo sí creo, y además yo lo puedo reconocer, y reconocer
2345 a la gente en los psiquiátricos, hubo gente que yo hablaba con ellos y yo decía “esta
2346 persona está más cuerda que todos.” Pero veían cosas y terminan en un psiquiátrico, allá,
2347 tú para allá. Entonces bueno, ese fue... me estoy extendiendo, me estoy yendo para allá
2348 y las estoy aburriendo.

2349 N: Tranquilo, para nada.

2350 J: Díganme ustedes qué me van a preguntar, porque si no empiezo a echar el cuento de la
2351 vida.

2352 N: Bueno, yo te quería preguntar que tú dices que cuando este primer doctor te dice que
2353 tú tienes psicosis y te dice que tienes que tomar un antipsicótico tú dices que es como
2354 estar muerto en vida, ¿nos puedes comentar un poco sobre eso?

2355 J: El antipsicótico tiene una cuestión que es como una lobotomía, es una lobotomía
2356 química. Es una cuestión de anulación total de la persona, anulación total. O sea el
2357 antipsicótico la única función que cumple es anular a la persona a su mínima expresión
2358 para que deje de ser un estorbo, o sea en verdad no hay curación, ya está. El psiquiatra

2359 jamás va a poder curar, no, no. Ellos no están, no sabes lo que es, a ellos ni les interesa,
 2360 ellos lo que quieren es que tú dejes de ser un estorbo para el resto. Y la única manera es
 2361 disminuyendo, y el antipsicótico es una vaina extraordinariamente brutal, brutal, brutal,
 2362 brutal. O sea eso es una bomba cerebral, revienta todo lo que encuentra y es una bomba
 2363 física también. Yo lo que sentí fue eso, o sea hay gente que cree que el primer día que me
 2364 tomé el antipsicótico, el, el, si el antipsicótico me, eso. El tema de la luz fue importante,
 2365 el primer cambio que yo noté así como que la luz del ambiente se apagaba, como que se
 2366 opacaba, todo se opacaba, todo. El cuerpo se sentía, yo me recuerdo que yo estaba así
 2367 (mira al vacío) y la gente me decía “Juan” y yo así (mira al vacío). Horrible, horrible.
 2368 Tenía pesadillas, pesadillas. Entonces cometí el error también de empezar a quitármelo
 2369 yo. La última vez que me lo tomé fue aquí en Venezuela, ya no estaba en Francia.

2370 N: Empezaste a tomarlo allá en Francia y cuando regresaste a Venezuela seguías...

2371

2372 J: Seguía tomándolo porque claro, yo sabía que no lo podía dejar de golpe porque ya
 2373 estaba tomando nada y el día que dejé de tomar cero... amanecí a las tres de la mañana
 2374 en un estado en el cuerpo como si me hubieran echado gasolina y me hubieran prendido
 2375 en candela, que me tiraba al piso, y el cuerpo temblando y todo temblando y no podía
 2376 hablar y orinado, horrible, horrible. Entonces eh... algo parecido a eso, o sea no hay
 2377 curación, el antipsicótico no va a curar, no va a curar.

2378 A: ¿Y cómo fue tu experiencia con otros medicamentos?

2379 J: Me dieron, la doctora Lucy qué fue lo que me dio... eh, en eso sí yo, creo que fue...
 2380 coye uno muy común.

2381 N: ¿Para qué cosa?

2382 J: Para la psicosis. Ella me dio uno también que, que, se me olvidó el nombre, que tuvo
 2383 un efecto no tan fuerte como el otro pero también lo tuvo, me dio culillo. Es decir, eh...
 2384 o sea todo el mundo lo utiliza.

2385 N: ¿Risperidona?

2386 J: No, no, era un no sé qué broma pam.

2387 N: ¿Diazepam?

2388 J: No, fíjate que yo ahorita, o sea ella me lo dio y como que generó un efecto rebote igual,
2389 un bajón y yo como que “no, yo no quiero estar así” porque yo no quería, yo lo que sentía
2390 era, yo lo que todavía y ya recuperado, el antipsicótico me hizo perder y que no recuperé
2391 del todo y que esto hace perder todo, es la lucidez. O sea yo no necesito estar dormido y
2392 quiero estar totalmente despierto, lúcido, lúcido, entonces técnicamente tiene la tendencia
2393 a eliminar la lucidez, a bajar la lucidez al máximo. Yo antes de, cuando yo llegué a
2394 España, yo llegué a España la primera vez recién llegado yo estaba triste, esa fue mi
2395 tendencia natural, entonces fui al médico de cabecera y el médico de cabecera me mandó
2396 Lexatin y Alprazolam, y repito al tiempo fue el desastre porque el Alprazolam tenía
2397 ansiolítico que eso es una droga brutal, o sea es felicidad express, o sea te, o sea es así
2398 como que estás tranquilo, con buen ánimo, súper sociable y es una mentira.

2399 A: ¿Y cómo lo interpretabas tú?

2400 J: No, para mí era como si yo me hubiera curado, yo pensaba que iba a ser permanente,
2401 hasta que regresé a París, otra vez la angustia al máximo, la inseguridad al máximo, la
2402 insociabilidad al máximo, todo lo que había quitado volvió pero multiplicado por tres. Y
2403 eso generó que callera, callera, callera, callera, callera, hasta que llegara al punto en que
2404 caí y fui al psiquiatra. Calló el antipsicótico. En el proceso de eso también me metí, antes
2405 de llegar al antipsicótico me metí anfetaminas y eso también fue fatal, fataaal, fatal, fatal,
2406 quedé en un estado así como que, generó, generó el estado de, de, eh de psicosis. Entonces
2407 claro, ahí ir al médico, psicosis, antipsicóticos, ¡pum, vámonos! bueno ya les conté. Eso
2408 a mí me costó tanto, tomar la decisión de medicarme con Miranda, por lo menos
2409 controlarme.

2410 N: ¿Y qué estás tomando desde que estás con Miranda?

2411 J: Estoy tomando ¿cómo se llama? Sertralina, estoy tomando 25mg. Ya pasé los seis
2412 meses, entonces ya lo bajamos, yo me lo bajé a veinticinco por el tema de que no se

2413 consiguen, entonces me lo bajé a veinticinco para que me rindan las pastillas y
2414 posiblemente entre esta semana y la otra voy a disminuirla.

2415 N: ¿Y esto te lo recetó la psiquiatra con la que trabaja Miranda?

2416 J: Con la que trabaja Miranda. Y Alprazolam si la necesitaba en las noches para dormir,
2417 y me tomo es ahora la pastilla lo mínimo posible, porque también me quedaba dormido
2418 sin ella, y eso sí, yo siempre he tenido que convivir con una sensación aquí como de
2419 miedo, aquí en el pecho. Siempre ha sido una constante y en el momento este de psicosis
2420 ha sido la más grave. Pero siempre ha estado y he aprendido a sobrellevarlo sin necesidad
2421 de estar buscando pastillas, y bueno de aceptarlo, a respirar, entonces parece que aparece
2422 y desaparece, eso sí no se ha curado del todo pero ha mejorado.

2423 N: Tú mencionas que tú tienes una tendencia natural a la tristeza, ¿nos podrías comentar
2424 un poco sobre eso, qué significa para tí?

2425 J: Es que solamente te puedo dar el símil e imágenes un poco poéticas de eso.

2426 N: Está bien.

2427 J: Es así, es como que nunca calzo. Como que me queda grande todo, el mundo nunca me
2428 calza.

2429 N: ¿No perteneces?

2430 J: Sí, es una sensación de no pertenencia. De no pertenencia como si, yo se lo dije, y esto
2431 solamente, esto es como hago yo para explicar eso que sea entendible, lo que es la
2432 sensación, yo sólo sé dar la sensación. Yo se lo dije a Miranda, como si hubiera salido de
2433 casa y hubiera olvidado el camino de vuelta y estuviera perdido dando vueltas en círculos
2434 sin recordar cómo llegar a casa. Esa es la sensación.

2435 A: ¿Y eso se expresa en qué tipo de sentimientos?

2436 J: Tristeza y lo acompañaba con drogadicción, o sea por períodos más o menos fuertes,
 2437 con intensidades más o menos fuertes. Sobre todo con mucha tristeza, con mucha
 2438 nostalgia, esa es la cuestión. Nostalgia y sin saber ciertamente a qué. Una sensación de
 2439 nostalgia, y tú dices “¿de dónde viene?, ¿por qué?, ¿hacia dónde?, O sea, ¿nostalgia de
 2440 dónde? ¿De dónde vengo? O sea ¡verga!, ¿yo soy de esta planeta o no?, no sé, me botaron
 2441 mal. Una vaina así, me botaron aquí”. Porque es una sensación así...

2442 A: ¿...que te acompaña incluso hoy en día?

2443 J: Sí, o sea ahorita estoy hablando con ustedes y puedo un poco como que esconder eso,
 2444 pero de pronto ahorita voy caminando en la calle, así solo, y yo no soy de mucho muy
 2445 cerebral muy cerebral, celebrar y celebrar, y puede venir esa nostalgia. Yo siempre le digo
 2446 a mi psicóloga, yo me meto en mucho en mi soledad, en que soy solitario, pero que no
 2447 hago nada para cambiar porque estoy acostumbrado a la soledad, es el estado en el que
 2448 más cómodo estoy, o por lo menos en donde estoy seguro. Por lo menos no entra nadie a
 2449 joderme, en la soledad. Entonces entro en estados de monotonía, siempre trabajando,
 2450 trabajando, trabajando, y no salir. Eso puede pasar.

2451 N: Bueno, y justamente antes, cuando estábamos allá conversando, tú me dijiste que esto
 2452 es algo de lo que tú no has salido del todo. ¿Nos puedes comentar un poco de esto?

2453 J: Bueno, es la sensación de que sí hay una mejoría, pero que tal vez tienes un ideal de
 2454 ser, que no sabes si es real siquiera, de estar plenamente feliz y satisfecho de la vida, con
 2455 objetivos logrados, como la gente lo pinta, que parece que es como mentira también. Yo
 2456 dudo mucho de que todo el mundo por más de que tenga lo que he dicho lo logre porque
 2457 somos esencialmente inconformes de todo. Entonces siento que siempre me va a faltar
 2458 ese llegar a ese estado, y que tal vez nunca lo llegue a lograr ¿entiendes? Entonces es
 2459 como que esa falta continúa, de que he mejorado, de que sigo caminando para allá, y que
 2460 bueno, tal vez la función que tiene ese ideal imposibles es caminar hacia él, caminar y
 2461 caminar, y avanzar y sentirse cada vez mejor sin llegar al final nunca, pero irse sintiendo
 2462 cada vez mejor en el camino. Este es un poco así, pero es esa sensación de que sí, estoy
 2463 mejor, pero no me considero pleno. Si tú me dices ahorita “¿tú eres feliz?”...mmm, estoy
 2464 un poquito mejor, me hacen feliz ciertas cosas que antes no me hacían feliz porque no les
 2465 prestaba atención, ¿pero que soy plenamente feliz? (hace gesto de negación). Por ejemplo,

2466 tengo una tendencia a sabotearme las relaciones, me quejo de las relaciones, entonces
 2467 cuando tengo una novia a los meses hago lo que sea por mandarla al carajo. Diciendo que
 2468 me invade el espacio, porque tal y cual, porque no está dentro de mi marco de mujer ideal.
 2469 Entonces siempre busco una excusa pa' mandarla al carajo. Ahorita hace nada estuve
 2470 saliendo con una chama bellísima, una negraza, tal cual, una tipa súper bella pana,
 2471 entregadísima y vaina. Y yo me ladillé. Me ladillé. ¿Quién entiende esa vaina?, nadie.

2472 A: O sea, ¿actualmente estás soltero?

2473 J: Actualmente, en este momento sí, técnicamente sí (risas). Técnicamente, o sea no tengo
 2474 una novia, pero sí he estado saliendo, conociendo gente, bueno abriéndome. De ahí
 2475 apareció esta chica y otras chamas ahí. Pero no hay una cuestión, un nexo así que yo diga
 2476 “¡verga, esta es la que es!”. Y si siento que “esta es la que es”, verga, esa es rolo'e loca
 2477 (risas). Entonces verga marico. Y Miranda se caga de la risa y dice “Pero es que tú eres
 2478 una persona intensa, tú tienes que buscar la intensidad siempre”. Y es verdad, soy una
 2479 persona intensa.

2480 N: Este bueno, nos gustaría saber cómo te ves a tí mismo luego de haber pasado por este
 2481 proceso tan complicado que nos comentas.

2482 J: Cónchale, que esa batalla, es decir, siento que he ganado. Siento que he ganado. O sea
 2483 lo que sí tengo claro es que es posible, o sea que por más oscura que sea la vaina, si estás
 2484 con la disposición y la persona adecuada, no es una garantía que vas a salir del todo, la
 2485 idea es esa, pero puedes mejorar bastante. Y eso es una diferencia enorme. Claro, para
 2486 eso requieres tener a la persona indicada. O sea yo tengo la suerte haberme encontrado a
 2487 Miranda. Y Miranda siempre me lo ha dicho, es decir, yo desde que fui el primer día he
 2488 faltado de ver a Miranda, estamos hablando de más de un año, tres veces. O sea, quitando
 2489 las vacaciones, yo he faltado como tres veces. O sea yo no faltó. Yo esta semana tengo
 2490 un problema de que tengo que resolver un tema porque me estoy mudando, y estaba el
 2491 cupo ocupado y coño, estoy muy nervioso y no iba a ir a Miranda ese día. Es como que
 2492 mi cable a tierra... Además que como es pana, como Miranda es pana, o sea me dice las
 2493 cosas como un pana, “Marico, ven acá chamo”. O sea Miranda es así súper, o sea nuestra
 2494 relación dinámica, de trabajo es, o sea es lo que yo te digo, o sea es una vaina que “vamos

2495 a caernos a curda, vamos a caernos a curda y vamos a hacer una vaina aquí”. Es muy
2496 personal.

2497 N: Muy cercano.

2498 J: Muy cercano. Entonces me dices las cosas como me las tiene que decir, con respecto,
2499 con cariño inclusive, pero de “chamo”, “pana”. Entonces si se conjuga el hecho del
2500 terapeuta, la persona adecuada y la disposición adecuada, cónchale se puede avanzar
2501 mucho. Y bueno y por qué no decir que en algún momento te vas curar. ¿Por qué no?
2502 Tienes que complementarlo con otras cosas. Por ejemplo, una cosa que a mí me ayudó y
2503 comencé a hacerlo cuando comencé a ver a Miranda, fue la cuestión del ejercicio. Tacata
2504 tacata tacata tacata. Así como pocas veces dejo de ver a Miranda, pocas veces dejo de ir
2505 al gimnasio. Ta ta ta ta ta ta. Hace falta, o sea hace falta querer. Determinarse. Hay que
2506 ponerle, o sea es decir, lo que pasa es que es complicado para una persona con depresión
2507 como que, sabes, mantenerse en el tiempo, porque la depresión pesa. Es una cuestión
2508 infernal, infernal. Es como si vivieras en el más profundo infierno, no hay salida.
2509 Entonces, que se conjuguen esos factores no es tan fácil. Pero bueno hay que salir a
2510 buscar.

2511 A: Este bueno, y mencionabas que, como que tú pensabas que era posible que en algún
2512 momento te puedas curar. Es quiere decir que...

2513 J: Yo mantengo esperanzas.

2514 A: ¿Eso quiere decir que te consideras no sano?

2515 J: No me considero del todo sano. Yo te lo había comentado. O sea, yo no considero que
2516 haya triunfado del todo, he mejorado mucho, pero que he salido completamente, no.
2517 Tengo mis episodios, mis momentos de angustia extrema y de depresión extrema y vaina,
2518 pero son menos frecuentes, son menos intensos, son más controlables, y si no, siempre
2519 está Miranda (risas). Y es así, pero es que es así. O sea para mí, no es que yo sea
2520 dependiente a Miranda, pero es tu terapeuta pana, si no se lo puedes decir a ella, si no te
2521 puedo ayudar ella, ¿quién más lo va a hacer? O sea, Miranda sabe cosas de mí que no lo
2522 sabe ni mi familia, ¿me entiendes? Entonces coño, y además ella está ahí para eso, ¿me

2523 entiendes? O sea ella está ahí para eso, su función es contener también. Entonces sí, o sea
 2524 yo tengo esperanza de poder acercarme a esa meta lo más posible, sin saber exactamente
 2525 si voy a poder llegar. Esa meta de la felicidad extrema y de la curación a lo mejor no va
 2526 a llegar, bueno pero es la que me está guiando, es a donde voy. O sea me hace por lo
 2527 menos caminar. Entonces en el caminar vas aprendiendo cosas, vas conociendo cosas, te
 2528 van enseñando otras. Es un proceso.

2529 N: Y a qué crees que responde, o sea, ¿por qué crees tú que no has terminado de salir de
 2530 esto o por qué crees que es una cosa que siempre vuelve o que siempre está ahí más o
 2531 menos?

2532 J: Porque el ser humano... Es decir, yo... La depresión, tendrá su explicación también
 2533 bioquímica, es un torrente bioquímico también, a lo que el ser humano se vuelve adicto.
 2534 Uno se vuelve adicto a ser depresivo. La persona depresiva es adicta a ser depresiva. La
 2535 persona triste se vuelve adicta a ser triste.

2536 A: ¿Qué te hace a tí estar adicto a...?

2537 J: Bueno no sé, será un tema de costumbre, haber pasado muchos años en ese estado, de
 2538 no haber conocido otro estado parecido, de tener muy pocos momentos donde mi estado
 2539 era totalmente lo contrario a la depresión, la tristeza y la angustia. La angustia es
 2540 absolutamente depresiva, es como la cocaína. Por ejemplo hay drogas asociadas a la
 2541 angustia. Yo me metí mucha cocaína. Entonces eso me dejó una condición, ¿entiendes?,
 2542 de la que cuesta desengancharse. Se puede hacer, es como una limpieza de a poco. Y
 2543 adicciones, es como las adicciones, o sea vas limpiándote poco a poco. Pero eso, los malos
 2544 pensamientos, las actitudes pesimistas son adictivas totalmente. Entonces la persona va a
 2545 buscar la droga, las circunstancias que te refuercen esa vaina, ya está. Que las veas, que
 2546 las hagas sentir, te busca el carajo que te dice cuatro vainas, o que te da tus dos coñazos,
 2547 o la tipa que te trata mal, (hace gesto actuado de llanto) “¡me volvieron a joder!”. Sí, te
 2548 volvieron a joder porque te buscaste que te volvieran a joder, ¿entiendes? Me lo digo a
 2549 mí mismo también, ¿entiendes? Pero es así. “¡Ah, este tipo me pega!”. “Marica tienes 20
 2550 años viviendo con el tipo, marica. Deja de vivir con el tipo”. “¿Es que cómo hago?” (con
 2551 voz triste). “Jódete”. Es una adicción. Esto también, la depresión es adictiva. Se va
 2552 convirtiendo con el tiempo en una adicción, no estoy diciendo que la gente quiera estar

2553 así. Es un poco subconsciente o inconsciente. Así lo veo yo, estoy diciendo de mi
 2554 experiencia. Pero yo buscaba también, y todavía lo busco, cada vez menos, pero cuando
 2555 estoy enmi procesos intensos, busco las cosas que me refuercen la intensidad y la tristeza
 2556 y la vaina. Es así, entonces es cortar con una adicción y un desenganche. Y eso lleva su
 2557 módulo, su efecto rebote, y es un tema. O sea, no es tan fácil. Por eso es que la gente dice,
 2558 a mí me da arrechera; “coño marico, pero sé feliz”. O sea, es una vaina... “¡No seas
 2559 marico!, qué coño, ¿Tú eres feliz?”. “Sí sí”. “Marico, no seas ridículo, ¿o tú andas todo
 2560 el tiempo feliz?”. Mentira. Nadie anda todo el tiempo feliz. Puedes tener picos de
 2561 felicidad, la idea es que coño, mantengas ese pico de felicidad lo mayor tiempo posible
 2562 en el tiempo, pero en algún momento recaes. Y es normal, y está bien también. Y esa es
 2563 otra vaina que uno tiene que aprender. Coye, tampoco es que esté mal. Hay momentos en
 2564 que simplemente no tienes ganas y ya está. Tampoco es quedarse allá abajo, verga, el
 2565 enganche. También ahorita con esa vaina del positivismo. ‘ta bien, ‘ta bien. O sea cae en
 2566 el ridículo. Entonces, como te puedes dar cuenta soy muy radical (risas). Pero bueno sí.
 2567 ¿Vamos bien?

2568 N: Vamos muy bien. No sé si hay otra cosa que quieras agregar.

2569 A: No sé si lo mencionaste cuando hablaron allá como media hora (risas), que tenemos
 2570 una perspectiva de género en la tesis. O sea, como que nos interesa ver cuáles son las
 2571 particularidades asociadas a esta experiencia en hombres y en mujeres. Entonces bueno,
 2572 queríamos saber, primero que nada, para tí que significa la masculinidad, el ser hombre,
 2573 y luego esto en relación a la depresión.

2574 J: Es un tema que se ha tocado en terapia ¿no?, porque hay cuestiones por ejemplo que la
 2575 depresión, y es un tema que estoy hablando ahorita con Miranda, el tema de lograr
 2576 objetivos. O sea, un tema de la depresión que me generó a mí y creo que es que no te
 2577 permite andar, concretar cosas, hacer cosas, porque estás metido en un barro. Entonces,
 2578 es un poco lo que entiendo de lo que me estás preguntando respecto a la masculinidad.
 2579 De repente se vio afectado por ejemplo el rendimiento sexual porque estás deprimido, el
 2580 cuerpo está deprimido, entonces no va a haber un rendimiento satisfactorio. Incluso
 2581 dudas, ¿será que se me volteó la canoa a estas alturas? ¿no? Pero ni siquiera es eso, es un
 2582 tema de, bueno pana, estar empoderado de tu vida. Coye, la masculinidad es ir pa'lante.
 2583 Es concretar. Es tener proyectos. Es echarle bola, por eso es que cuando uno dice “hay

2584 que echarle bola”, eso es maculino. “Echarle bola” es una vaina masculina, ¿entiendes?
2585 Entonces claro, todo eso se ve afectado. ¿Más o menos por ahí voy?

2586 A: Sí, sí entiendo. Voy entendiendo.

2587 J: ¿Pero si me acerco a lo que tú me estabas preguntando?

2588 A: Sí bueno, porque en parte la pregunta es qué significa, cómo ves tú la masculinidad,
2589 el ser hombre qué significa para tí.

2590 J: El ser hombre es... ¿quitando el tema sexual dices tú?

2591 A: Como tú lo veas.

2592 J: El ser hombre para mí... Yo creo que yo estoy en un proceso de reconciliarme con mi
2593 masculinidad en el sentido de reconciliarme con esa fuerza de hacer ¿entiendes? O sea lo
2594 masculino es hacer, lo masculino es guerra. Y hay que reconciliarse con esa vaina,
2595 inclusive con la guerra. Entonces estoy en un proceso de, primero conseguir, que no lo
2596 consigo, que es aquello que me apasiona. ¿Tú sabes lo que a tí te apasiona?, eso es una
2597 vaina envidiable que yo no tengo, yo no sé exactamente cuál es mi pasión ¿entiendes? Y
2598 estoy en el proceso de saber cuál es mi pasión. Mi pasión, estoy echando para adelante,
2599 económicamente no es que estoy sobrado, pero no me va mal gracias a dios. Entonces
2600 estoy ahorita como que fijándome en buscar capital para emprender algo, no sé
2601 exactamente qué, pero estoy... Y eso tiene que ver mucho con lo masculino. Tun, hacer,
2602 la vaina echarle bola como les estaba diciendo. Entonces claro, todo eso estuvo muy
2603 opacado por este proceso, y es normal pana. O sea no podía ni nada, o sea era totalmente...
2604 era estar absolutamente en un estado de indigencia mental, que no me permitía hacer.
2605 Entonces poco a poco se ha ido recobrando eso, ese factor masculino, porque había mucha
2606 feminidad, mucho sentimentalismo.

2607 N: ¿Cómo es eso de que había mucha feminidad?

2608 J: Mucho sentimentalismo. Todavía está de alguna manera. Yo soy absolutamente de
2609 sentimientos, pero hay que compensar. O sea, hay que compensar e ir al masculino, que

2610 es la acción. Entonces claro, es un proceso de reconciliación con eso. Es un proceso de
 2611 reconciliación con eso. Y lo veo yo en plano mío, mío, personal, como en un plano
 2612 colectivo. O sea, por ejemplo, a este país le falta masculino por todos lados, le falta bolas.
 2613 Y bueno, eso viene por un tema de “el país de las mujeres bellas”, el Miss Venezuela. No.
 2614 O sea, no. ¿Tú vas a salir de este peo con coronas de belleza?, no. Con bolas. Yendo a la
 2615 guerra, como han hecho los países grandes. Si ustedes han viajado a los países grandes,
 2616 son países masculinos, que van a una guerra y se parten el culo en una guerra. Eso es
 2617 maculinidad ¿entiendes?, por eso es que están donde están. No negando la feminidad ni
 2618 reprimiéndola, no, lado y lado ¿entiendes? Los países grandes tienen una características
 2619 que son absolutamente masculinos, de que si vamos a la guerra, vamos-a-la-guerra, a
 2620 partirnos la madre. Yo ahorita estaba viendo la película de Churchill, ¿la vieron?

2621 A: No.

2622 N: No, pero sé cuál es.

2623 J: Está arrechísima. Y el tipo bueno pana, era un tipo masculino. O sea, no un tratado de
 2624 paz con estos maricones. El tratado de paz y la puta que te parió. “Aquí vamos a pelear,
 2625 yo lo que les voy a prometer es sangre, sudor y lágrimas. Y a lo mejor perdamos, pero les
 2626 vamos a reventar la madre a estos hijo de putas”. Y ganaron la guerra. Tienen bolas, tienen
 2627 mucho masculino. Entonces yo, personalmente estoy en un proceso de desarrollar y de
 2628 sacarle provecho a mi condición de hombre, de emprender y de luchar y luchar y luchar
 2629 y luchar. Que estaba opacado por todo esto, porque había una tendencia al
 2630 sentimentalismo, que es algo absolutamente femenino, que no es que esté mal, pero hay
 2631 que equilibrar. Y es un proceso que se está trabajando con Miranda ahorita, y es un tema
 2632 que siempre se lo tocó. Miranda “esto”. ¿Respondí? Lo que pasa es que me voy chama,
 2633 tienes que agarrarme porque yo hablo...

2634 N: Sí. Te iba a preguntar justamente que cuando mencionas esto de “echarle bolas” ¿no?,
 2635 mencionas que tú estabas, o esta depresión te puede dejar en un estado de indigencia
 2636 mental, ¿cómo es eso de indigencia mental?

2637 J: De abandono. Donde no tenía el valor, aunque intenté suicidarme, no tenía el valor para
 2638 hacerlo y no tenía la más mínima voluntad de mejorar. Entonces estaba en un estado de

2639 abandono y de indigencia. Un latero, mis neuronas tenían sus vainas de lata en mi cabeza.
 2640 O sea, estaban absolutamente entregadas al bien, a que pasara lo que tenía que pasar, y a
 2641 esperar que llegara la muerte rápido. Indigencia, lo que traduce la indigencia, abandono.
 2642 Abandono. Yo estaba en un estado de abandono. Mental por decir algo, pero moral, física,
 2643 espiritualmente. En un estado de total inercia. Eso es lo que quería decir. Yo utilizo
 2644 mucho... a lo mejor no pueden entenderlo bien o no sé, en la grabación no sé, ojalá, ojalá,
 2645 pero yo utilizo mucho imágenes, yo trabajo así, con imágenes. Si de repente algo no les
 2646 queda claro, me dicen y trato de hacerlo más...

2647 N: Bueno, te iba a preguntar otra cosa que dijiste también, que tú dices que la depresión
 2648 pesa ¿no? y que no hay salida.

2649 J: Bueno, eso es lo que uno siente en ese momento. Es como que todo el mundo estuviera
 2650 en tus hombros. O sea como que el peso del mundo entero te cayera, y que además es lo
 2651 que te estaba diciendo, que además uno cree que a nadie le está pasando. Cosa que es
 2652 falso. Que nadie te va a entender, que nadie está más jodido que tú, lo peor del mundo
 2653 sólo te pasa a tí. En ese estado uno ve las cosas así. No tienes la capacidad de ver la vida
 2654 de los demás, pero coye, cuando ves la vida de los demás y ves a un tipo comiendo de la
 2655 basura dices “alguien está más jodido que yo”. No es que sea un consuelo ¿no’, para nada,
 2656 pero bueno, alguien está más jodido que tú. Entonces sí, es un peso. Y que no hay salida,
 2657 o sea no la puedes ver. Y tiene que ver con la indigencia mental. Cuando no hay una salida
 2658 lo que quieres es que todo acabe, pero ni siquiera tienes el valor.

2659 A: Y ¿qué significa para tí el ser hombre y definirse a tí mismo como propenso a la
 2660 tristeza, a los sentimientos, a todo ese mundo emocional?

2661 J: Bueno, lo que pasa es que eso viene asociado al tema del condicionamiento social,
 2662 donde no está bien visto eso.

2663 A: ¿Cómo lo ves tú?

2664 J: ¿Cómo lo veo yo? Bueno es una condición que hay, que tengo. Es decir ¿me gusta?
 2665 Coye, no del todo. O sea, es decir, cómo te digo... Yo creo que todos los hombres, por
 2666 más arrechos que sean, todos sin duda alguna, tienen sus momentos de duda, angustia y

2667 tal y cual, pero la cuestión viene de desarrollar, para mí, puedo estar equivocado,
 2668 desarrollar las herramientas para sobreponerse. O sea, o para que inclusive que aunque
 2669 tengas miedo o angustia, hacer. Eso es lo que estoy aplicando. Yo dudo mucho, por
 2670 ejemplo, en tomar las decisiones, dudo mucho. O por ejemplo en aventurarme a una
 2671 inversión, dudo mucho. Y generalmente me salen mal, pero bueno, me las voy a hacer
 2672 igualito. Alguna me va a salir bien, en la medida que vayas perdiendo el miedo a hacerlo.
 2673 Tengo confianza en que uno se va desarrollando esa cualidad ¿no? Pero ciertamente es
 2674 algo para mí que, yo siempre se lo digo a Miranda, “yo quisiera desarrollar esa capacidad
 2675 de los tipos que tú ves triunfadores y vaina, que van a por todas y les va bien, y que
 2676 arriesgan y tal y cual”. Pero bueno, ellos también comenzaron en algún momento dudando
 2677 y dudarán todavía, y habrán pasado por lo mismo, me imagino. Y seguramente así fue, es
 2678 decir, dudarán todavía. El carajo más millonario pierde un millón de dólares, marico, es
 2679 un millón de dólares. Por ejemplo, para dar un ejemplo de una inversión, o sea que de
 2680 alguna manera siempre está ese nervio, esa duda, pero bueno es saberla llevar. Esas son
 2681 las herramientas que yo quiero aprender. No a no tener miedo o a no ponerme nervioso,
 2682 creo que realmente lo valioso es saber que eso está y aun así, tener el criterio y la lucidez
 2683 para ver los pros y los contras y lanzarte a ver ¿entiendes? Tiene que ver con todo eso. Y
 2684 es así, creo que es así. Creo que esas son energías masculinas, las tienen todos. Las tienes
 2685 tú, las tienes tú. He conocido mujeres masculinas también, no que sean marimachas pero
 2686 hay mujeres que son muy de acción. He conocido tipas que son emprendedoras y vaina,
 2687 tienen lo masculino desarrollado, fuerza masculina dominante.

2688 A: ¿Y la tristeza con que la asocias?

2689 J: Para mí es como femenina, para mí. Para mí es una energía femenina, puedo estar
 2690 equivocado... Que viene relacionado al sentimentalismo. O sea, es decir, a todas esas
 2691 cosas sutiles que manejan las mujeres. O sea, la mujer tiene esas sutilidades. Y no están
 2692 mal, o sea son ricas, pero es una energía que predomina en lo femenino. Eso es lo que yo
 2693 pienso. Entonces sería, no que desapareciera, de compensarlas.

2694 A: ¿En tu caso?

2695 J: En mi caso.

2696 A: ¿Cuál crees que predomina?

2697 J: Fíjate que ahorita está remontando un poquito la masculina. Está remontando, está
2698 remontando, de a poquito.

2699 A: ¿Pero o sea, la femenina ha dominado?

2700 J: Sí, ha dominado el sentimentalismo, inclusive hasta el romance, esa vaina toda
2701 romántica medio jeva, como dicen. Sí, también. Tampoco quiero que desaparezca, porque
2702 es una energía que te abre al detalle, a la sutilidad. Es útil también ¿me entiendes? Por
2703 ejemplo, si eres totalmente masculino a la hora de relacionarte con una tipa bueno,
2704 depinga si le gusta así, pero es chévere que estés con una chica y puedas comprender otras
2705 cosas más allá, ver más allá de ella, de que tiene un culazo y tiene un par de tetas
2706 ¿entiendes?, cosas así. Esas son sutilidades femeninas, es es rico también, compartirlas
2707 también. Pero también es cierto que hay que desarrollar como hombre lo masculino, ¿me
2708 explico? ¿Qué creen ustedes como mujeres? me pregunto yo, o sea, no quieren estar con
2709 un tipo que está todo el tiempo duditativo, sentimental, filosofando de la vida. Tiene su
2710 momento ¿no? Yo soy muy filósofo, pero también coye sí chévere, pero tampoco todo el
2711 tiempo porque es una ladilla. Hay que encontrar también la contraparte. Si tú no tienes la
2712 solución, puedes preguntarle a otra persona y esa persona puede ayudarte a ver la
2713 solución, ¿me equivoco o no?

2714 A: Comprendo, comprendo.

2715 J: ¿Pero por qué no responden? (risas)

2716 A: Sí, sí, estoy de acuerdo (risas).

2717 J: Pero entonces es eso, es desarrollar esa cualidad. No esa cualidad, porque no es una
2718 cualidad. Es una condición que es natural en el hombre. Bien sea por circunstancias
2719 emocionales, personales, familiares, de crianza del ambiente familiar, se ven más
2720 acentuadas o no. Entonces eso. Chama, yo siento que estoy hablando paja como un loco
2721 y no estoy respondiendo nada...

2722 A: No no, sí estás respondiendo.

2723 N: Sí, es que nos interesa entender tu proceso ¿no? y lo que nos estás diciendo es como
2724 muy valiosa para nosotras.

2725 J. Ah, bueno gracias. ¿Qué más?

2726 N: Bueno, antes de terminar te quería hacer una pregunta, tú dices que cuando estás triste,
2727 deprimido, que sentías que nadie te iba a entender ¿no?, y entonces yo pienso, ¿qué papel
2728 jugaban para tí en ese momento las relaciones con los demás o incluso ahorita? ¿Cuál es
2729 la importancia de tener a alguien como Miranda que te entienda, no, que te acompañe?

2730 J. Brutal, brutal. O sea, yo no quisiera hablar de Miranda como si fuera una herramienta,
2731 como si fuera una medicina, que a veces parece de verdad (risas), porque me ayuda mucho
2732 ¿entiendes?, pero es capital para una persona, no solamente que alguien escuche, que te
2733 escuche puedes llamar a cualquier persona y te puede escuchar, pero una persona que
2734 entienda. Además que, por ejemplo para mí es muy valioso, por ejemplo, hablar con
2735 Miranda y saber que muchas de las cosas que yo tengo también a ella le afectan, y que le
2736 afectan a diez mil millones de personas más, que no soy el único, y que todo el mundo
2737 está cargando con una maleta pesada. Todo el mundo, yo y todos. Entonces Miranda me
2738 da ese, o sea, el tener una persona que te pueda abrir a eso, que te van a entender que van
2739 a hacer ver, que te saque del vicio de estar ensimismado, y solamente en mí y en mí. Hey,
2740 ven acá, que te digan las vainas. Yo a veces cuando me estoy dando mucho puñal,
2741 Miranda me dice “chamo ya va, ¿qué hiciste esta semana?, tú te fuiste a Europa solo, ¿tú
2742 sabes cuanta gente no ha logrado eso?”. Y eso que le estoy diciendo “Coye Miranda, estoy
2743 buscando ahorita donde vivir”. Y me dice “Bueno, estás independiente, ¿sabes cuanta
2744 gente se puede independizar en este país?”. Entonces esa vaina es claro, es sacarte un
2745 poco del peo mental de tú, yo yo yo yo yo. Entonces es importantísimo que haya alguien
2746 que te dé ese apoyo, que te dé esa fuerza, que te dé esa perspectiva de las cosas, que te
2747 saquen del yo.

2748 N: ¿Cómo es eso de que te saquen del yo?

2749 J: Bueno, cuando uno está en ese plan de decir para abajo, que tú eres la más grande
2750 mierda, que eres incapaz de lograr nada, que no has hecho nada y que eres, no sé, la
2751 encarnación del fracaso ¿entiendes? Y de repente hay una persona que te dice “ya va”, te
2752 saca de ahí un poco, te pone a ver las mismas cosas del otro lado. No minimices las cosas
2753 que sí has logrado. ¿Qué faltan cosas por hacer? A todo el mundo. Quiero un carro y
2754 vaina. El otro día estaba hablando con un pana y dice “coño marico, necesito un carro,
2755 estoy cansado de andar a pie”. “verga sí marico, el carro de mierda este que tengo aquí
2756 no me sirve”. ¡Yo quisiera tenerlo! El tipo arrecho porque tiene carro y yo arrecho porque
2757 no lo tengo. Seguramente lo tengo y después me arrecho y quiero cambiar a otro. O sea,
2758 es decir, es ver eso. Salir y ver las cosas desde otra perspectiva. Y ver lo que uno tiene.
2759 Entonces Miranda me da eso. Pero por ejemplo eso, de sacarme del círculo vicioso
2760 adictivo, de pensamiento pesimista, eso. Y eso es lo que creo que debería hacer un
2761 terapeuta. Y también creo que el terapeuta debe crear ciertas distancias, es normal, por su
2762 sano juicio, porque también hay mucha gente que atiende. Y hay casos de casos pues, o
2763 sea es jodido por ejemplo que hable el tema del nexa con una persona que pueda sufrir
2764 de esquizofrenia, pero en la medida de lo posible uno sabe. Mi lazo con Miranda ha sido
2765 muy especial, yo lo siento así, y estoy seguro que de parte de ella también porque nos
2766 hemos convertido en muy muy muy panas. Justamente por eso, tal vez porque yo creo
2767 también que se crea un nexa por haber pasado por cosas similares. Eso es lo que yo siento,
2768 tampoco se lo pregunto ¿no?, pero es lo que yo siento. O sea, que hay un entendimiento
2769 en mi caso que no le es ajeno. Entonces claro, se crea como una especie de complicidad,
2770 un tema ahí chévere, agradable. O sea voy con Miranda y es así como pfff. Entonces es
2771 importante para una persona que está pasando por ese proceso sentir esa cercanía, saber
2772 que en verdad no estás solo. Miranda siempre, siempre que vamos saliendo me agarra del
2773 hombro. Siempre hay contacto. “¿Vamos bien Miranda?”. “Vamos bien”. Me voy a poner
2774 a llorar y todo.

2775 N: Bueno, muchas gracias por participar.

ANEXO G

DIARIO DE CAMPO

Natalia De Castro

18/04/2017

Entrar al consultorio de la psiquiatra siempre fue horrible. Por un lado era un alivio porque le iba a dar respuesta a mi problema, por fin alguien me decía de frente que algo malo estaba pasando y que no era normal, que era justamente lo que yo quería escuchar.

Por otro lado, me sentía horrible. Me sentía observada e interrogada, incluso juzgada, como si ella fuera superior a mi y tuviera mayor voz sobre mis problemas que yo. Era mi sesión, pero siempre me preocupaba que me juzgara. No hubo un verdadero vínculo empático y si lo hubo era porque ella era una profesional que yo admiraba, pero eso nos lleva al tema de la “posición de poder”.

Sí pienso que fue una experiencia necesaria, le dio una respuesta y una solución al problema, pero no fue reconfortante y la verdad eso es lo que me parece importante al pensar en un proceso terapéutico. Mi posición frente al diagnóstico y al tratamiento es que ambos tenían que hacerse. Desde que empecé a sentirme deprimida, a sentir que algo estaba mal, sentía la necesidad de que alguien me dijera básicamente que estaba loca. Yo misma empezaba las sesiones o me presentaba a las psicólogas, a las tres que me vieron, diciéndoles que pensaba que estaba deprimida. El que me lo dijeran finalmente fue un alivio, por fin sabía qué era lo que estaba pasando.

Luego de eso vino el anuncio del tratamiento. Cuando leí “Prozac” en el recípe sentí que me iba a morir. Fue un golpe al ego, me mandaron la pastilla cliché que mencionan excesivamente en las películas. Fue como si me dijeran “eres una perdedora”. Creo que dentro de todas esas ganas que tenía de que me dijeran que estaba loca había algo más. Era como que si lo pensaba demasiado y lo exageraba, esa realidad que yo sabía que era una realidad, se volvería una fantasía, sería como una exageración de mi parte.

Que te digan que tienes que tomar medicamentos es así como una sentencia de muerte, fue el “estás loca, estás enferma” que tanto quería pero que temía a la vez.

La medicación fue una experiencia extraña, no fue como esperaba. Al principio me daban náuseas, así que eran la excusa perfecta para evitar situaciones displacenteras, para huir rápidamente. Hubo un momento luego de que hicieron efecto en el que todo se transformó. Pasé de sentirme aplastantemente triste, de no poder moverme, a estar demasiado alegre. Es una sensación extrañísima, como sentir que estás demasiado

contenta y quieres que todos lo sepan y que te vean reír a carcajadas, pero a la vez sabes que es mentira. La alegría es de mentira y no puedes controlarla, y en esa alegría exagerada y falsa dejé de sentirme como yo misma y eso para mí fue inaceptable. Prefiero estar triste y sentir que soy fiel a mí misma, la tristeza se siente más natural en mí.

20/04/2010

Mi experiencia con los profesionales no fue satisfactoria. Mi psicóloga, a pesar de ser una figura medianamente contenedora, al empezar a notar que yo podía estar deprimida sencillamente suspendió la terapia para referirme a psiquiatría, ella nunca pensó que yo tal vez hubiera querido continuar con la terapia. Dónde quedó mi opinión al respecto, dónde quedé yo como persona con un papel diferente al de paciente.

En psiquiatría se preocupan muy poco por esta cuestión. Recuerdo que una alternativa que me dieron a la medicación con pastillas fue una inyección. Una inyección para la depresión, como si se tratase de cualquier otra enfermedad. Recuerdo caminar al salir del consultorio y ver a una mujer conectada a un cable, a una aguja, y mi psiquiatra mostrándomela y diciéndome que con la inyección en dos semanas ‘se me quitaría todo.’ Se me quitaría todo el sufrimiento que me había estado carcomiendo por meses, como si ese sufrimiento fuera tan sólo un síntoma y fuera posible eliminar todo vestigio de él tan fácilmente, como si el sufrimiento no tuviera ninguna importancia. Esta fue sin duda la experiencia más grotesca que tuve en mi proceso de recuperación.

16/05/2017

Hace pocos días ve la película Prozac Nation. Reflexionando sobre ella me doy cuenta que para mí han habido tres posturas en cuenta a la depresión. Una “cognitiva” en la que explico mi condición diciendo que soy pesimista, así que era inevitable que me deprimiera. Otra “bioquímica” según la que pienso que hay algo mal en mi cerebro. La última, “ambiental”, las circunstancias me llevaron a deprimirme. En ninguna de las tres hay algo que yo pueda hacer para ayudarme a mí misma, es básicamente como decir “tuve mala suerte, estoy enferma, y listo.”

He tenido problemas para entender bien la posición construccionista y posmoderna. Sé que es el paradigma con el que quiero trabajar, pero me cuesta aplicar sus principios a la depresión, porque es algo con lo que me identifico y no puedo dejar de pensar en ella como una enfermedad, es la manera en que siempre la he visto. Tal vez

investigar desde este paradigma sea lo que necesito para ver mi condición de otra manera, representa una manera más sana de ver la realidad de las personas que se deprimen.

Al leer sobre depresión me doy cuenta que me siento identificada con ella, como si fuera parte de mí. Incluso ver clases sobre depresión me moviliza, me hacen sentir como cuando me dijeron que tenía que ser medicada. De una manera extraña, me hacen sentir observada a pesar de que las personas a mi alrededor no saben que estuve deprimida.

20/05/2017

Esto se me dificulta mucho, siento que no puedo mantener una postura crítica frente a ciertas teorías que explican la depresión, y es algo que va más allá de la teoría. El problema es que todas las cosas que pienso que son negativas de estas teorías las veo en mí misma. Esto es lo que más me cuesta al hacer esta investigación, que a pesar de pensar que estas teorías son demasiado punitivas con los pacientes, no puedo desligarme de mis propios pensamientos “depresivos”.

¿Esta forma de pensar es algo que voy a tener conmigo toda mi vida? Esto es lo que siento que me dicen al leer sobre teorías cognitivas. Lo siento incluso como una crítica, como si me dijeran que yo, como persona que estuvo deprimida, estoy o estuve pensando mal, viendo las cosas mal y sintiéndome y haciendo todo mal, como si hubiera una manera correcta de pensar y sólo los psicólogos cognitivos la conocen. Al leerlas, siento que estas teorías me dicen que hay algo mal en mí, en mi forma de ser y que señalan todo lo negativo que hay en mí.

23/05/2017

Hace poco hicimos una pequeña entrevista para una materia, a una persona que tuvo un episodio depresivo. Durante la entrevista se me salieron algunas lágrimas y esto hizo que el discurso del entrevistado fuera mucho más fluido y pareció sentirse más cómodo contándome su experiencia.

No entiendo muy bien cuál es mi rol dentro de esta investigación, pero creo que tiene que ver con eso. Me gusta la idea de poder entender a nivel personal las experiencias de los futuros participantes, pienso que puede enriquecer nuestra investigación.

24/05/2017

Incluir mi propia experiencia en la investigación se me ha hecho extremadamente difícil, tengo meses procrastinando la tarea de escribirla. Cómo es que teniendo tanto que

decir no puedo decirlo, por qué si frecuentemente paso mucho tiempo pensando en eso no puedo ponerlo en palabras.

Lo que me resulta curioso es que no ha sido doloroso como creía, es solo que estoy en blanco, no sé qué puedo decir de mí misma que pueda ser incluido en una investigación. Por mucho que escribo cosas, se sienten como tonterías y decirlas en un lenguaje “adecuado” le resta mucho a lo que escribo. El apartado del “rol de las investigadoras” no va a estar listo para la fecha en que me lo piden. Siento que antes de poder exponer mi rol, mi condición, mi postura, necesito enmarcarlo en una narrativa, darle sentido de la misma manera que lo harán las personas a las que entrevistemos.

09/07/2017

Hay algo que siento que aporta mucho a mi subjetividad y prejuicio como investigadora y es que siempre me he identificado en mí misma características melancólicas. Siento que son parte de mi personalidad y mi forma de ser.

Sin embargo, ahora que conozco que posea una condición específica, que he pasado por un episodio depresivo, es indudable que eso ha tenido una consecuencia en la manera en la que me concibo a mí misma, porque siento que mi carácter melancólico es un elemento que pudo perfectamente ser predisponente a mi depresión. Esto no lo digo siguiendo los postulados de alguna teoría psicológica, lo digo porque es algo que veo en mí misma, dado que he tenido un encuentro cara a cara con la depresión.

18/10/2017

En el proceso de hacer esta investigación me he dado cuenta que suelo hablar de mí misma como una persona triste y que me identifico con características de personalidad “melancólicas”. Al referirme a mí misma suelo decir que “soy depresiva” y hablo de mi forma de ser y de pensar tratando de explicarlas según mis “características depresivas”. ¿En qué momento la depresión se volvió tan nuclear, por qué no puedo hablar de mi experiencia como algo por lo que pasé y no algo que “soy”?

Sí, pasé por una crisis, tuve depresión, pero a pesar de que ahora estoy bien y me siento recuperada no puedo dejar de decir que soy depresiva. ¿Cómo llegó la depresión a definirme, a ser parte de mi identidad?

30/10/2017

¿Por qué la identidad? Estoy convencida de que es un punto focal cuando se padece de depresión, pero se me hace difícil poner en palabras por qué es tan importante. Lo que más me ha ayudado a esclarecer este tema ha sido mi propia experiencia y escuchar a otros hablar de las suyas. Algo relacionado a la identidad y que fue central en mi vivencia de la depresión es que no sólo sentía tristeza, sino que esa tristeza era tan abrumadora, tan voraz que te hunde inevitablemente en un abismo del que no parece haber salida, te ahoga en el agua negra y no hay posibilidad de nadar.

Recuerdo que sufría, un sufrimiento tan severo que es casi imposible poner en palabras no metafóricas. La tristeza se volvió parte de mi día a día, tanto que para mí no era posible imaginarme sintiéndome bien. El sufrimiento se volvió parte de mí, me definía, se volvió mi razón de ser hasta el punto en que dudé si buscar ayuda o si esa ayuda sería útil, porque llegué a sentir que yo no podría, no sabría vivir sin la tristeza. Una vida sin el sufrimiento me resultaba impensable, y me generaba angustia porque de alguna manera no había olvidado lo que era no sentirme así.

07/02/2018

Infinitas veces he escuchado hablar de la depresión como una enfermedad, usualmente las personas la ven como una condición médica y piensan que se trata como cualquier enfermedad física, incluso yo he llegado a concebirla como una enfermedad. Pero nunca antes había escuchado a alguien comparar la depresión con una enfermedad como el SIDA.

Nuestra primera entrevista transcurrió alarmantemente bien. Digo alarmante porque esta persona parecía ver a su depresión como algo bueno y positivo, incluso llegó a decir las palabras “que bueno que te deprimiste”, y es algo que no esperábamos para nada, yo no dejaba de pensar que no sabríamos cómo interpretar esta información. Pero faltando pocos minutos para finalizar la entrevista, mi compañera hizo una pregunta que le dió un nuevo sentido y el tono de la entrevista tuvo un cambio importante. La entrevistada había mencionado, sin darle mucha importancia, que la ansiedad y la depresión forman parte de ella, y a pesar de no padecer un trastorno actualmente, ella siente que no se han ido por completo.

Honestamente, esto a mí me pareció de lo más natural. Cuando dijo que si algo lo suficientemente malo le pasara, se volvería a deprimir, no me llamó la atención, ya que yo me siento igual a ella. Su miedo a volver a caer en la depresión lo he sentido yo misma incontables veces. Pero cuando Valeria comparó la depresión con el SIDA, me dió un

profundo dolor y me hizo darme cuenta de que es una manera terrible de ver su condición y que causa muchísimo sufrimiento. ¿Es que acaso una vez que estuviste deprimido no puedes escapar más nunca de la depresión? Creo que así lo ve ella, como si estuviera destinada a volver a pasar por ese sufrimiento.

“La depresión está en mí.” Ciertamente es una forma horrible de pensar, como si estuviera en su torrente sanguíneo, en su ADN, como si se hubiera apoderado de su cuerpo. Me pregunto si es así como se sienten todas las personas que han vivido la depresión, como si no hubiera escapatoria de ella. Lo peor es que yo puedo identificarme con esa sensación.

“Es una enfermedad incurable”, esas fueron sus palabras exactas. Esta es una persona que no sólo ha estado y sigue estando en un proceso psicoterapéutico, que parece bastante exitoso, sino que ella misma es una psicóloga con experiencia con pacientes y aún así ve a la depresión como una enfermedad incurable. ¿Es que el sufrimiento nunca se detiene?

Eso que dijo, para mí tiene una importancia inmensurable, y es que en el fondo pienso que muchas personas que han vivido la depresión se sienten igual, como que la depresión está ahí y siempre va a estar. Eso es lo que me llevó a este tema, es el problema central de esta investigación; causa mucho dolor pensar que hay algo en tí que no está funcionando como debería y no tener la posibilidad de hacer algo al respecto porque está en tí.

Hubo otra cosa en esta entrevista que me llamó mucho la atención, y es que ella ve a la depresión a su vez, como un proceso de aprendizaje que le permitió tener experiencias que antes no hubiera tenido. Creo que esto le agrega una nueva perspectiva a la investigación y será interesante explorarlo en las próximas entrevistas.

12/02/2018

Conseguir participantes ha sido complicado, hasta ahora sólo tenemos una entrevista y no tenemos noticias de otras personas que estén interesadas en participar en la investigación. Me preocupa que no podamos cumplir con el número de entrevistas que habíamos establecido al principio.

26/02/2018

Entrevistar a Carolina fue muy interesante. La naturalidad con que habla de sus síntomas, con la que menciona, sin siquiera preguntarle, que sufre de tricotilomanía y

asume que es un dato de importancia para la entrevista, la forma en que habla de la muerte de su madre sin inmutarse pero aceptando a la vez que tiene un duelo no resuelto. Parece la forma de hablar de una persona que está de alguna manera habituada a la introspección.

Uno de los aspectos más llamativos de su historia es que es una mujer joven, que desde los cuatro años ha sido paciente, que además tiene un padre psiquiatra, que ha estado medicada por años. Y a pesar de todo ese tiempo invertido en tratar lo que ella misma llama sus “manías”, aún siente que tiene múltiples duelos no resueltos, que padece todavía de una ansiedad incontrolable, y que su estado de ánimo cotidiano depende enteramente de un fármaco que no puede dejar porque siente que sin él volvería a deprimirse.

Esto último es algo que en lo personal me hizo sentir una profunda tristeza. ¿Cómo es posible que una persona que está en psicoterapia desde los cuatro años no pueda dejar la medicación luego de cinco años de estar medicada? ¿Por qué los profesionales que la tratan no toman acciones frente a su sufrimiento? ¿Es que está destinada a nunca sentirse bien por completo, sino simplemente “equilibrada” por una pastilla?

Esto es una segunda cosa que me llamó la atención. “La medicación la mantiene equilibrada.” Pero qué pasa con sentirse bien más allá de eso, es como si ella no lo tomara en cuenta en absoluto. Esto me hizo recordar algo que me dijo mi psiquiatra cuando estaba deprimida, “tienes derecho a ser feliz.” Algo tan simple, tan obvio, pero que en ese momento para mí no tenía sentido, porque sintiendo ese grado de tristeza para mí era imposible imaginarme siendo feliz.

¿Será esto lo que le pasa a las dos personas que hemos entrevistado? Porque otra cosa que me parece importante resaltar del relato de Carolina, al igual que el de Valeria, es que ella siente que podría volver a deprimirse, que la depresión es algo que no está “curado” y que es parte de sus características de personalidad.

16/04/2018

A pesar de no haber podido estar presente el día de la entrevista, leer la historia de Lila me transmite mucha tristeza. Leer cómo se dormía en las noches esperando no despertar a la mañana siguiente fue muy difícil, pensar que ha tenido que vivir tanto sufrimiento desde los quince años es desgarrador.

Siento que de todas las entrevistas que hemos hecho, la de Lila es la que mejor retrata el sufrimiento que se vive al tener depresión. La manera en que lo relata me parece

muy interesante, ya que habla de haber quedado paralizada, y es justamente así, la depresión causa un dolor psíquico tan intenso que resulta totalmente paralizante.

También me causa mucha tristeza leer cómo esta persona, a pesar de tener a su lado un esposo, una supuesta figura de apoyo estaba completamente sola. Ya es bastante difícil tener que atravesar una depresión, pero la falta de comprensión de los demás lo hace aún más difícil. Tener que escuchar que debes sentirte bien, que no entienden lo que te pasa, que debes pararte de la cama y hacer algo, poner de tu parte, cuando no comprenden cuando no comprenden que es imposible hacer el más mínimo esfuerzo por moverte. No sólo es horrible, sino que causa mucha culpa y decepción de uno mismo.

Cuando estás ahí como Lila, acostada en la cama sin poder moverte, sin poder hacer más nada que llorar, y querer que todo se acabe hasta el punto de considerar acabar con tu vida, te sientes absolutamente desesperanzado, y que otros te digan que debes moverte sólo empeora las cosas. Lo que no saben las personas que tienen que ver a un ser querido en ese estado, es que a pesar de que tengan intenciones de ayudar, el insistir en que hay que sentirse bien lo único que hace es acortar la poca respiración que se tiene en esa cama.

23/04/2018

La entrevista con Juan resultó bastante difícil de llevar, por tener una historia bastante compleja y porque es una persona muy enérgica y locuaz, lo que nos dificultaba encauzar su discurso hacia los temas que necesitábamos explorar. Personalmente, salí bastante agotada de la entrevista.

Más allá de eso, hubo algo que nos dijo que me impactó profundamente. “Uno se vuelve adicto a la depresión.” Esto es algo con lo que puedo identificarme completamente. Luego de escuchar a Juan y leer autores que hablan de su propia experiencia con depresión, pienso que hay cosas de mi propia experiencia que no puedo recordar tan bien, y que debería. Siento que debería poder sentir eso que se siente en el cuerpo, que *quisiera* poder volver a sentir por un momento el dolor.

¿Por qué quiero recordarlo con tanta claridad? Algo que me dio tanto dolor, que por tanto tiempo quise eliminar. He ahí el problema, que en realidad nunca quise eliminarlo. Al estar deprimida recuerdo que no quería salir del sufrimiento porque en ese punto no sabía lo que era sentirme bien.

Estas personas que hemos entrevistado, que a pesar de ser exitosas y de haber sobrevivido a la depresión, sienten y temen que ella volverá como un fantasma que los

acecha. ¿Eso es lo que significa volverse adicto a la depresión? Pareciera que esa es parte de la identidad del que se deprimió alguna vez, la posibilidad inminente de volver a caer en el abismo, el miedo constante a volver a sentirse así.