

IMPORTANCIA DE LA AGENCIA Y LAS PRÁCTICAS CORPORALES EN LA RECUPERACIÓN DE LAS DEPRESIONES¹

Depresión

Recuperación

Agencia

Antropología del cuerpo

Antropología del género

MARÍA ZAPATA HIDALGO²

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

MARIAZAPATA@GMAIL.COM

RESUMEN

El artículo presenta algunas cuestiones percibidas y analizadas en una investigación etnográfica que estudia los procesos de recuperación en personas que han superado una depresión. La primera parte del texto propone un análisis sobre la multicausalidad de las depresiones desde la perspectiva de la antropología feminista y corporal. Para esto, se analiza como como diferentes estructuras socioculturales de desigualdad (género, edad, clase socioeconómica) que afectan a las personas, devienen en factores que facilitan el surgimiento de un *malestar social*

que es *encarnado* en cuerpos individuales. Una cuestión que en determinadas ocasiones toma la forma de una depresión.

La segunda parte del artículo aborda la recuperación del bienestar perdido desde el concepto de la agencia (*agency*), para comprender con una mayor complejidad el empoderamiento personal y colectivo en todo proceso de salud-enfermedad. Además, se presta especial atención a las prácticas corporales como herramientas necesarias para la activación y consecución de esta recuperación.

1. Algunos apartados de este artículo son una versión revisada de una publicación anterior (Zapata, 2016).

2. María Zapata Hidalgo es licenciada en Psicología (USAL, 2006) y en Antropología Social y Cultural (UNED, 2013). Magíster en Estudios Feministas y de Género (UPV/EHU, 2014), y actualmente inscrita al Programa de Doctorado en Estudios Feministas y de Género (UPV/EHU) con un proyecto titulado "Recuperación en depresiones: agencia, género y prácticas corporales", adscrita al Dpto de de Filosofía de los Valores y Antropología Social de la UPV/EHU y al Grupo de Investigación AFIT-Antropología Feminista Ikerketa Taldea, Donostia-San Sebastián (España). Cuenta además con la financiación del Programa para la Formación de Personal Investigador no Doctor del Gobierno Vasco (2015-2017). Las líneas de investigación sobre las que trabaja son: antropología del cuerpo y las emociones, antropología feminista y del género, y antropología de la salud y la medicina. Contacto: mariazapata@gmail.com

ABSTRACT

This article presents some questions which were noticed and analyzed during an ethnographic research that studies recovery processes of people who get over a depression. The very first part of the text proposes an analysis about depression's multicausality through the perspective of feminist and corporal anthropology. For this purpose, it's analyzed how different socio and cultural structures of inequality (gender, age and social class) that affect people, become factors which facilitate the emergence of a *social malaise* that is *embodied* in individual persons. An issue that, on certain occasions, takes the form of a depression.

The second part of this article deals with the recovery of the lost well-being through *agency* concept, to understand with greater complexity the personal and collective empowerment in the whole health-disease process. Besides, particular attention is given to bodily practices as necessary tools for the activation and the achievement of this recovery.

1. INTRODUCCIÓN

A partir de algunos resultados que están surgiendo en el marco de mi tesis doctoral³, quisiera plantear aquí ciertas cuestiones percibidas y analizadas hasta el momento. La investigación que estoy realizando, usando como metodología una etnografía feminista y corporal, está centrada en el estudio de los procesos de recuperación de personas que han superado una depresión -o que al menos ya no presentan signos severos-, a partir de sus

relatos y de los significados que ellas mismas les otorgan a sus experiencias. Para esto, estoy realizando entrevistas semiestructuradas y observaciones participantes en actividades que se han relatado como significativas para la recuperación, con casi una treintena de informantes y residentes en las comunidades autónomas de Euskadi y Cataluña⁴. El objetivo de esta investigación etnográfica es

3. Esta investigación comenzó como Trabajo Fin de Máster en Estudios Feministas y de Género de la UPV/EHU (Zapata, 2014), y continúa en la actualidad como tesis doctoral vinculada al programa de Doctorado de Estudios Feministas y de Género y al Dpto. de Filosofía de los Valores y Antropología Social de la misma. Cuenta además con la financiación del Programa para la Formación de Personal Investigador no Doctor del Gobierno Vasco. La directora de ambos trabajos es Mari Luz Esteban Galarza.

4. La elección de estos dos territorios vino motivada porque poseen características socio-económicas parecidas, y porque como investigadora, al haber vivido y trabajado en ámbitos relacionados con la salud mental dentro de estas comunidades, poseía un conocimiento previo tanto sobre las características socioculturales de las mismas como sobre la red asistencial en salud mental, lo que puede facilitar el análisis de los procesos y contextos de las personas entrevistadas.

describir y analizar aquellas tácticas, estrategias⁵ y factores personales, colectivos y culturales que facilitan los cambios necesarios para alcanzar la recuperación del bienestar, prestando una especial atención al ámbito del género, del cuerpo y de la agencia.

El interés por estos tres ámbitos ha sido una cuestión necesaria según me iba aproximando al objeto de estudio por varias razones, algunas de las cuales se expondrán en este texto, además de varios aspectos percibidos y analizados hasta el momento en relación con los tres territorios de estudio mencionados. Así, en el apartado que sigue se explicitarán ciertas desigualdades socioculturales que podrían estar facilitando la aparición de las depresiones, para enmarcar este tema de estudio desde el análisis antropológico feminista y corporal. Esto ha permitido un enfoque algo más complejo que el enfoque psicológico o el médico-psiquiátrico, que en la mayoría de los casos individualizan este malestar y minimizan la importancia de lo colectivo y lo cultural. En el tercer apartado del texto se abordará el concepto de agencia y su aplicación para entender los procesos de recuperación del bienestar frente a esas estructuras de desigualdad mencionadas. Además, se prestará atención a la importancia de las prácticas corporales como herramientas para este empoderamiento personal y colectivo ante la enfermedad.

2. ENCUADRE ETNOGRÁFICO

Para facilitar la lectura y no confundir a la/al lectora/or con demasiada información, he seleccionado el relato de dos personas entrevistadas, que servirá de ejemplo para muchas de las cuestiones comentadas. La selección ha sido motivada porque son dos informantes con las que ya he realizado la observación participante, y por las diferencias entre ambas en relación a su proceso y situación vital.

La primera es Inma⁶, una mujer de sesenta años que proviene de una familia de clase trabajadora. Vive en un municipio de tamaño medio de Bizcaya desde hace cuarenta años, adonde llegó desde el sur de Extremadura. Está casada con Enrique, es madre de Iker -de treinta y cinco años- y de Jasone -de veintiocho años-, y tiene una red extensa de amistades sólidas en su lugar de residencia. Inma pertenece también a la clase trabajadora; emigrante por necesidad económica, ha trabajado toda su vida en una fábrica como operaria, donde además fue durante mucho tiempo representante sindical, pero su forma de vida demuestra una capacidad adquisitiva propia de las nuevas clases medias. Es una persona muy habladora y relata su historia con todo detalle, hasta lo más insignificante. Es una mujer con un carácter fuerte y alegre, y con una gran actividad cotidiana. Inma ha vivido dos períodos de depresión: uno de seis meses hace ya cinco años, y una recaída de un año de duración en 2014. Con ella, y como parte de la observación de campo, he podido acudir a clases de pilates, a tomar café en compañía de sus amistades y a un encuentro con su familia.

El segundo relato seleccionado es el de Andrea, un

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

6. Todos los nombres propios de las personas informantes y los aparecidos en sus relatos son ficticios, tal y como se acordó previamente en las entrevistas y observaciones participantes.

hombre de origen argentino que tiene cuarenta y dos años y reside en Barcelona desde hace diecisiete. Es psicólogo social de profesión, pero vive una situación económica muy precaria. Actualmente está contratado a media jornada por la asociación *Activament*⁷ que él mismo fundó junto a otras personas, y compagina este trabajo con otros, tanto formales como informales, que apenas le dan para cubrir sus necesidades. Además, su situación de desarraigo no favorece o facilita redes sólidas de apoyo mutuo. Parece una persona observadora; mira mucho, escucha bastante antes de hablar y siempre está sonriendo. Andrea me cuenta que ha vivido la depresión desde la infancia, con frecuentes recaídas. La última fue a principios del 2016, de la que ya está recuperado. Con él he podido acudir a varias reuniones y formaciones de *Activament*, a comidas informales con personas de la misma asociación y hemos ido juntas a varias actividades de ocio.

3. INFLUENCIA DE LO SOCIOCULTURAL EN LA PÉRDIDA DEL BIENESTAR PERSONAL

Entre un 18,4% y un 32,7% de las mujeres de la C.A. de Euskadi, y entre un 10% y un 23,9% de hombres tienen un diagnóstico por depresión, según rango de edad, siendo correlativo el aumento de diagnósticos con el avance de los años. Además, es más habitual en personas con un

nivel inferior de categoría profesional⁸, y por lo tanto de rentas. Así, podríamos decir que los factores de mayor vulnerabilidad ante la depresión son: el género (ser mujer), la edad (ser mayor de 65 años) y los ingresos económicos (bajos o muy bajos).

Desde la Antropología de la Medicina y de la Salud, algunas/os autoras/es como Ángel Martínez-Hernández (2008) advierten que quedarse en una concepción de la salud o la enfermedad basada únicamente en el determinismo bio-fisiológico parece insuficiente, ya que es en el ámbito de lo socio-cultural donde se dan tanto los constreñimientos posibles de las estructuras socio-culturales que tienen impactos sobre la salud de las personas (pobreza, género, calidad ambiental, etc.) como la construcción social de la enfermedad que marcará los límites entre normalidad y anormalidad, y los hábitos o comportamientos sociales asociados a esa enfermedad (ibídem:68-67). Por otro lado, algunas teorías biomédicas han relacionado las depresiones con una disfunción de determinadas hormonas como pueden ser los estrógenos o la existencia de bajos niveles de serotonina, pero ninguna de estas teorías tiene suficientes pruebas empíricas ni está demostrada a día de hoy (Burín, Moncarz y Velázquez, 1990; Gøtzsche, 2014:219; Healy, 2015).

Lo que argumentaré a continuación es que, gran parte del sufrimiento personal que acaba propiciando una depresión tiene que ver con situaciones derivadas de una determinada posición de desventaja en el sistema social

7. *Activament* es una asociación sin ánimo de lucro que se define a sí misma como: «un grupo de personas que pasamos o hemos pasado la experiencia del trastorno mental y que nos organizamos para participar como agente activo en el ámbito de la salud mental de Cataluña». Extraído de <http://www.activament.org/es/qui-som/> (Consulta: 08-08-2016).

8. Datos de la *Encuesta de Salud del País Vasco 2013*, realizada por EUSTAT. Extraído de: http://www.eustat.eus/elementos/ele0000500/ti_Prevalencia_bruta_y_estandarizada_de_sintomas_de_ansiedad_y_depresion_en_la_CA_de_Euskadi_porsexo_y_grupo_socioeconomico__2002-2013/tbl0000536_c.html#axzz2o0zrBqbl

y cultural de pertenencia, razón que me llevó a acuñar el término de *malestar social encarnado* en el marco de esta investigación, como una forma de abordar las depresiones desde el prisma de la etnografía corporal.

La forma en que esta *precaridad*⁹ provoca sufrimiento en las personas entrevistadas es variable, pero existen algunas cuestiones comunes que pueden ayudar a entender la influencia de las desigualdades estructurales en la aparición de las depresiones, y por tanto las posibilidades para los cambios que facilitarán una recuperación. A continuación veremos la influencia en los procesos de Andrea e Inma de los tres factores de vulnerabilidad ante la depresión señalados por los estudios estadísticos: pobreza, género y edad. Si bien mostraré la influencia de los mismos de forma separada para facilitar el análisis, en la realidad están interrelacionados de forma compleja, como el/la lector/a podrá intuir.

En cuanto al primer factor, las desigualdades económicas y su relación con los procesos de salud-enfermedad, es una idea que ya ha sido desarrollada por una vasta bibliografía desde diferentes disciplinas y desde diferentes ámbitos de la Antropología. En lo que tiene que ver con la Antropología Médica, antropólogas/os como Arthur Kleinman, Veena Das y Margaret Lock (1997) desarrollan el concepto del *Social Suffering* (sufrimiento social), y a partir del estudio de sociedades que han padecido los estragos de la guerra o la pobreza extrema, señalan cómo los factores opresores (o depresógenos) de las estructuras socio-económicas en las que vivimos, junto a la manera en que se elabora el

padecimiento dentro de estas situaciones de desigualdad, suponen mayores posibilidades de enfermar en general, y en particular en toda la esfera psicológica. O Arachu Castro y Paul Farmer (2003:31), que explicitan como la violencia estructural de países empobrecidos es la causante de enfermedades como el SIDA porque impide «desarrollar y llevar a la práctica una mínima autonomía individual o colectiva».

Esta cuestión es muy notoria y constante en el relato de Andrea. Él, tanto en las tres entrevistas que hemos realizado como en las observaciones de campo, señala cómo la falta de recursos económicos que desde siempre ha vivido le expone a múltiples factores de estrés y cansancio, y supone un obstáculo en la consecución de su bienestar. Como proviene de una familia de clase social baja, ya desde joven se vio obligado a trabajar y vivir en un barrio muy marginal de Buenos Aires para poder estudiar en la universidad, y después emigrar a otros países sudamericanos y finalmente a Europa en busca de oportunidades de mejora laboral. Esto le ha llevado al desarraigo social, y otras muchas adaptaciones en casi todos los aspectos de su vida, características de todo proceso migratorio (Atxotegui, 2000:83). Hoy en día, aún vive los efectos de la precariedad económica, y esto le obliga a largas jornadas de trabajos nada gratificantes, mal pagados y que le impiden dormir bien o descansar todo lo que necesitaría, a no poder pagarse más terapias privadas que él ve como necesarias o incluso a tener que dormir en la calle durante días por no poder asumir el pago de un alquiler. Sirva de ejemplo estos

9. Judith Butler (2010:14-17) establece la diferencia entre precaridad (*precarity*) y precariedad (*precariousness*). Con la última se refiere a la condición material y existencial de toda vida en cuanto que es interdependiente con el medio y con las otras personas. Mientras que reservar el término de precariedad para referirse a «esa condición políticamente inducida en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo sociales y económicas y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte» (ibídem:46). Es decir, toda vida mantiene una condición de precariedad, pero el grado de precariedad que soportamos depende de las estructuras de poder que nos afectan, y por tanto es variable y/o cambiante.



retazos de su relato:

«El segundo semestre del año pasado es de lo peor que yo recuerde. Es verdad que la UOC¹⁰ paga muy mal, no sé si lo sabes, 530€ al mes, no te paga vacaciones, no tienes derecho a cobrar despido, tienes que pagar la seguridad social por tu cuenta, sí, sí, es un contrato de formación ¡diez años con un contrato de formación! [...] Bajó tanto la cantidad de matriculados [...] entonces un semestre trabajas y el otro no, un semestre trabajas y el otro no [golpes sobre la mesa]. Así no lo pasas muy bien, y me pasó el año pasado que cuando yo estuve tan chungo que no hice declaración de Hacienda, ni me acordé, ni lo miré, ni nada. Al año siguiente la hice, nadie me dijo nada. Cuatro años más tarde [golpes en la mesa] me llega una multa por no haberla hecho [...] Pasar una pensión familiar¹¹, pasar cuotas [por lo de Hacienda], yo pasé cuarenta y nueve días de finales de septiembre a octubre del año pasado en la calle. Unos días prestado de *okupa* y otros donde podía, todavía conservo una bolsa de dormir que la guardo aquí [...] Este primer semestre teniendo la referencia trabajé muchísimo más, volví a tener épocas que trabajaba ochenta horas: en la Fira de Barcelona donde he sido camarero, para el *Saräu*¹² cosas por encargo, para la UOC... todo lo que va saliendo, a todo que sí mirando para el segundo semestre porque el año pasado fue la cosa chungu, por suerte me pilló bien, si me pillan mal no sé cómo la pasas [...] Se me hace difícil, ya te lo digo, esas

épocas que trabajaba tanto y tenía un humor de perros, estaba durmiendo fatal, fueron dos meses chungos, si hubieran sido muchos no sé como hubiera acabado. Es jodido, tienes que hacer equilibrios entre poder cubrir necesidades básicas y sentirte bien con lo que haces».

Por otro lado, en el relato de Inma, lo primero que cita es el cuidado y la posterior muerte de sus padres, que tenían cerca de ochenta años y que vivían en un pueblo de Badajoz. Inma y su marido estuvieron yendo desde el pueblo de Vizcaya donde residen, durante un año y cada fin de semana, para poder atenderlos. Esto supuso para Inma mucho sacrificio y esfuerzo personal:

«Era una paliza [...] pasamos mucho y ahí empezó mi sufrimiento. Porque trabajaba, yo trabajaba, y al final cogiendo horas, al final debía a la empresa ni se sabe las horas. Cuando murieron mis padres estuve devolviendo horas...».

Pero luego, tres años más tarde, llegaron otros factores que aumentaron su sufrimiento; la incapacidad de su marido, la muerte de un familiar muy cercano y una enfermedad grave de su hija:

«Mi marido tuvo un accidente, se cayó de una escalera de tres metros [...] Y estuvo tres meses sin poderse mover de la cama [...] yo empecé a trabajar por la tarde y estaba con mi marido toda la

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

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

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

mañana, lo lavaba, le hacía todo y luego ya me iba a trabajar, trabajaba ocho horas. Entonces ya estaba un poco alterada. Pero luego en mayo murió un primo mío, que era como mi hermano, de un infarto fulminante, y fue todo un cúmulo de cosas, porque luego en junio a Jasone le encontraron un bulto que estábamos cinco meses ya que le dolía mucho el cuello, la espalda, que íbamos a masajistas, a homeópatas. Bueno, cinco meses sin parar, entre que mi marido estaba en la cama y con Jasone que el médico de cabecera nos decía que no era nada. Hasta que ya un día fuimos a urgencias, y ella tenía un bulto y el médico de aquí le decía que era un ganglio, alguna infección, y cuando fuimos aquel día a urgencias nos dijeron que no era un ganglio sino que era un tumor linfático y la operaron en junio [...] Y bueno pues estuvimos mes y medio en el hospital. Mi marido aquí en la cama y yo en el hospital con ella. Bueno, tuve mucha ayuda de mi familia [...] fue un año horrible, pero yo no caí para nada, era una persona que ni yo misma me creía lo fuerte que estaba. No podía caer, no tenía tiempo de caer ni podía pensar en eso y comía, adelgacé doce kilos pero no paraba de comer. [...] Cuando empezaron los dos que ya estaban bien, que Jasone estaba más animada y que Enrique ya andaba bien, no sé cómo fue, no sé si fue de la noche a la mañana, pero sí que iba a trabajar y no tenía ganas, estaba como muy baja, y yo no soy así, porque yo siempre he sido... me gusta mucho la juerga y salir. Y entonces ya vi que no era yo, que yo no era yo y

que necesitaba ayuda. Entonces fui a un psiquiatra, fui al médico...».

Si miramos su experiencia desde el prisma de las desigualdades económicas, Inma no ha tenido oportunidad de contratar un servicio de cuidadoras/es profesionales, ni dejar de trabajar mientras realizaba ella misma estas tareas de cuidado suponiendo todo esto una triple jornada laboral: la asalariada en la fábrica donde trabajaba, la de cuidados a las personas enfermas y las labores domésticas de su hogar. Todo esto le llevó a un cansancio extremo que facilitó o determinó la aparición de la depresión.

El segundo factor de influencia es el género. Una cuestión que es común en casi todos los relatos que se han recogido para la investigación es una vivencia conflictiva respecto a los modelos de feminidad y masculinidad hegemónicos. Estos espacios de conflicto entre lo que se exige socialmente y lo que provoca en las vidas individuales podría ser un catalizador de sufrimientos tan intensos que acaban facilitando el surgimiento de las depresiones.

En el caso de los hombres entrevistados la mayoría de veces (en ocho de los nueve informantes) aparece un conflicto personal con el ámbito de lo profesional. Andrea decía: «Necesito caricias y no aplausos» en relación a lo que él considera una carrera profesional fallida, o se define como *workaholic*¹³ porque no puede disfrutar de su ocio, siendo el trabajo remunerado o productivo su único lugar de placer. Y otra cuestión en Andrea es que se queja del trato familiar que padecía cuando expresaba el dolor emocional que ya desde pequeño sentía: «Yo he crecido en un contexto muy heteropatriarcal, en un pueblo muy machista [...] Y de

13. Persona adicta al trabajo.



no sentirte un macho porque tienes emociones. Y tener emociones de sufrimiento y eso no es ser hombre. Y ya comienzas desde chico a dudar. Y de sentirte como femenino por el tema de las emociones, pero no tengo duda de qué me excita». Con sus últimas palabras vincula la sexualidad heteronormativa con la masculinidad hegemónica, reproduciendo parte de la ideología heteropatriarcal del contexto dónde creció de niño, y creando así paradojas discursivas en las que aparecen tanto la asunción de la norma como resistencias a la misma.

En cuanto al tema de las emociones, Rosario Otegui Pascual (2010:231) nos habla de una socialización del sufrimiento que es diferente según el género. Así, aunque los hombres sientan dolor, no se les permite expresarlo y esta cuestión podría acarrear más sufrimiento, como señala Andrea. Por otro lado, el hecho de esconder el malestar por parte de los hombres podría ser uno de los determinantes de la brecha de género en el diagnóstico de la depresión, si estos no acuden a los centros de salud primaria para seguir ocultando su sufrimiento, haciendo así lo que de ellos se espera socialmente. Sin embargo, habría que ser cautelosas/os con esta lectura crítica de las estadísticas, porque no hay que olvidar que son las mujeres las que ocupan los lugares de mayor desventaja social y por tanto, las posibilidades de encarnar el malestar social también aumentan.

Si miramos el relato de las mujeres entrevistadas aparecen múltiples consecuencias de las desigualdades de género como aspectos señalados por los que se comienza a sufrir: cargas sociales y personales asumidas con la

maternidad y el buen desarrollo de las criaturas, carga de los cuidados de otras personas dependientes, abusos sexuales, sentimiento de miedo o culpa por situaciones de las que no son responsables, o control de sus vidas y sus cuerpos por parte de las familias y/o parejas.

En el caso de Inma, que hemos visto como se ve inmersa en un rol de *cuidadora informal*¹⁴, autoras como María del Mar García-Calvente et al. (2004) enumeran una serie de desigualdades en el reparto de estas tareas atendiendo a la cuestión del género. Por un lado, son las mujeres, normalmente familiares de la persona a cuidar, las que se encargan de los cuidados informales, y cuando ellas no pueden asumirlo buscan a otras mujeres (y no hombres) que puedan sustituir las, las que serán cuidadoras secundarias. Por otro lado, cuando también los hombres se implican en estas tareas suelen hacerse cargo de las menos pesadas, menos cotidianas o que exigen menor dedicación. Además, García-Calvente et al. (2004) señalan cómo el ejercicio del rol de cuidadora principal tiene un alto coste sobre las vidas de las mujeres que es algo más que el tiempo dedicado; toda su vida se ve afectada y su salud también. Las autoras recogen los resultados de diferentes estudios centrados en personas cuidadoras de la CC. AA. de Andalucía (Mateo et al., 2000; Montoro, 1999; Moral et al., 2003), que afirman una relación entre el desempeño de estas tareas y efectos negativos sobre la salud, principalmente en la esfera psicológica más que en la física, que se manifiesta como depresión y/o ansiedad en una quinta parte de las personas entrevistadas, o como tristeza y agotamiento en un tercio de los casos, siempre

14. *Cuidados informales* es el concepto que utilizan García-Calvente et al. (2004:83) para referirse a la «prestación de cuidados de salud a las personas que los necesitan por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen».

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

El último de los factores estructurales mencionados es el de la edad. Robert Butler (1969) definió el edadismo (*ageism*) como el complejo de concepciones y prejuicios socio-culturales que discriminan a las personas por ser viejas. Nuestras sociedades adolecen de otra jerarquía más debido a una ideología cultural de la edad obsesionada con la juventud. En el caso de Andrea, se siente viejo con sus cuarenta años; es de las primeras cosas que me dijo al vernos. Siente que ya ha vivido casi todo, o al menos que su juventud ha pasado sin lograr saborearla. Durante las observaciones este tema también es muy recurrente; para él es un fracaso rotundo no haber alcanzado el éxito profesional «¡a mis cuarenta años!», o habla de sus múltiples canas y sus arrugas incipientes como de un destino fatalista y próximo.

Inma también hace un comentario sobre la edad y además lo relaciona con las posibilidades en la recuperación: «Si tienes depresión y entras en la dinámica de que tienes un tratamiento, al final es muy difícil dejarlo. Igual si eres joven, pero yo ahora con la edad que tengo...». Anna Freixas Farrè (2008:43) señala como el edadismo provoca que la vejez se identifique:

«con elementos peyorativos como enfermedad, disminución de las capacidades mentales, fealdad, dependencia, aislamiento, pobreza y depresión, más allá de lo que la evidencia cotidiana puede

mostrar como cierto (Butler, 1969). En el caso de las mujeres mayores los términos utilizados para definir las tienen connotaciones aun más negativas, corroborando el hecho social y cultural de que el envejecimiento de las mujeres está marcado con potentes imágenes mentales desmoralizantes que funcionan como profecías de autocumplimiento (Covey, 1988)».

Esta cuestión podría ayudar a explicar por qué aumenta la tasa de cronicidad¹⁵ de las depresiones según avanza la edad, pero también el incremento del número de diagnósticos en general en personas mayores.

Recapitulando, tanto en el relato de Andrea como en el de Inma, encontramos múltiples referencias a como las desigualdades de género, de edad y de rentas son factores que favorecen la aparición de un *malestar social* que es *encarnado* en cuerpos individuales que enferman -a veces en forma de depresión- y que podría ser una forma de expresión -o quizás de resistencia- ante un dolor que es experimentado y al que se ve como incontrolable.

4. LA RECUPERACIÓN DEL BIENESTAR PERDIDO: AGENCIA Y PRÁCTICAS CORPORALES

Después del apartado anterior, quizás surja el desánimo por todo aquello que parece inamovible. Pero lo cierto es que las personas son capaces de recuperarse de una

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

depresión, transformando de diferentes maneras todo aquello que las hizo sufrir. El primer paso necesario o el punto de partida para todo proceso de recuperación es la reflexividad, el *darse cuenta* del propio padecimiento, y quizás constituya uno de los momentos más dolorosos. Andrea comenta: «Yo recuerdo no haber ido a pedir ayuda a pesar de que era evidente lo que me estaba pasando, de que ya empezaba a tener conciencia de que “se te iba” o por miedo de consecuencias que me podría reportar, sobre todo laboralmente, el recibir un diagnóstico».

El segundo paso tras el *darse cuenta* es la intencionalidad de cambio por un deseo de bienestar. Ambas -reflexividad e intencionalidad-, estarían en la base de la desvinculación con el rol de enferma/o (Martínez-Hernández, 2008:132), pues facilitan que la persona perciba que la incapacitación no es total y que se vea a sí misma como agente de su propio proceso de salud-enfermedad. Inma relata:

«Y cuando tuve el segundo bajón fui dónde mi médico... yo no quería ir, y yo intentaba porque quería salir por mi misma y yo intentaba, pero no intentaba porque me daba igual todo [...] y él me dijo -¿quieres ir a la psiquiatra?- y yo le dije que no. Yo ya sabía las pastillas que a mí me iban bien y le dije -ponme esas y tú me llevas, y vamos a ver- y bueno, me puso las mismas [...] luego al año quité un poco porque yo le comentaba a él y me decía -pues prueba-».

La condición de sujeto paciente en la relación con los diferentes agentes de salud y el contexto puede

transformarse y surgir un sujeto agente, creando así todo un continuo de prácticas y actitudes frente al propio proceso de enfermedad. En un extremo estarían aquellas actitudes y prácticas mantenidas que imposibilitan la autonomía de las personas y los colectivos, limitando los marcos de acción. Y en el otro, estarían las formas en que se empoderan de su situación de salud-enfermedad, proponiendo y probando remedios a los sufrimientos que padecen.

Desde esta perspectiva, podríamos entender las recuperaciones como un proceso de agencia. El concepto de la agencia ha sido desarrollado por la teoría de la práctica, una corriente de pensamiento que, como señala Sherry Ortner (2006:5) surgió como reacción ante la insuficiencia del estreñimiento que suponían otros modelos teóricos como el materialista, el simbólico o el estructuralista, buscando romper con la idea de un poder todopoderoso, inmóvil y ejercido únicamente de arriba a abajo. Para esta misma autora, la agencia sería la capacidad de las personas de interactuar con sus contextos históricos y situaciones concretas a partir de actuaciones dirigidas hacia una meta de transformación sociocultural y/o contextual, y que no siempre tienen porqué ser conscientes o intencionadas. Esta capacidad también puede ser colectiva, como William H. Sewell (1992)¹⁶ afirma: «La agencia entraña la habilidad para coordinar algunas acciones con otras/os y contra otras/os, para formar proyectos colectivos, para persuadir, para coaccionar...».

En este sentido, el concepto de agencia se apoya sobre dos ideas claves: que las acciones están dirigidas a conseguir proyectos propios o colectivos, y que todas las relaciones de poder son inestables y necesitan ser reproducidas

16. Citado en Ortner (2006:136).

para mantenerse, y por igual razón son potencialmente cambiables. Apunta así Ortner dos tipos de agencia: una dirigida a proyectos propios y otra dirigida al poder, siendo ambas caras de una misma moneda (2006:139). Además, advierte la autora, que si bien todo proceso de agencia está influido por las relaciones de competencia y dominación/sumisión de los sistemas socioculturales desiguales en los que viven las personas, este mismo anclaje social (*social embeddedness*) supone que las personas también están inmersas en redes de solidaridad (familia y parientes, amigas/os, conocidas/os, vecindad, etc.), que les otorgan nuevas herramientas hacia el poder y los objetivos propios y colectivos (Ortner, 2006:130-131). Andrea comenta:

«¿Cómo te sales adelante? es un proceso muy gradual y difícil de decir. Me ayudó mucho que la gente, la gente cercana no me abandonó. Yo recuerdo no haber ido a pedir ayuda [...] evitaba pedir ayuda, y eso va a más, eso uno lo aprende, cuando te encuentras un poco chungo vas y pides ayuda. En su momento lo acepté todo, medicación incluyendo la sobremedicación, el grupo de amistad me ayudó para empezar a pagar la psicoterapia porque no me daba con lo que me estaba llegando pagando una pensión¹⁷. Y como yo trabajaba en una consultora que habíamos estado haciendo un proyecto de investigación a una asociación de usuarios de salud mental, cuando me dieron el alta me vinieron a buscar como miembro de la asociación y así empecé también el activismo».

Una cuestión primordial en relación al concepto de agencia es la importancia del cuerpo en este proceso de empoderamiento, puesto que las prácticas sociales o individuales son, ante todo, corporales. Por una parte porque son acciones en interacción con otras personas -otros cuerpos- y con símbolos sociales, cuestión que las dota de significado social, tal y como señala Raewyn Connell (2015). Pero también porque la dimensión de la materialidad es imprescindible en el análisis: "Los cuerpos no pueden comprenderse como medios neutros de la práctica social. Su misma materialidad es importante. Harán ciertas cosas y otras no" (ibídem:92). Mari Luz Esteban Galarza (2004:62-63), recogiendo ideas también de Connell (1995) -entre otras/os autoras/es-, propuso el concepto de *cuerpo agente* para entender como los procesos de agencia se activan a partir de prácticas corporales en interacción con las/los otras/os y/o con el mundo que nos rodea.

Se entiende por prácticas corporales todas aquellas acciones donde el cuerpo tiene una implicación fundamental y decisiva. Aunque toda actividad humana lleva implícito un soporte corporal, se refiere a ciertas prácticas individuales y colectivas que están más centradas en la transformación, exposición, y autoexploración del cuerpo, y/o un uso instrumentalizado del mismo para determinados fines. En general, todas aquellas actividades que se hacen para «mantener la mente ocupada» (Andrea), haciendo cosas; allí dónde el compromiso es con el cuerpo, con la realidad tangible. Esta idea de la importancia de las prácticas corporales como vehículo y puesta en acción de la agencia, fue una de las primeras hipótesis al abordar el tema de mi investigación. Y tanto las entrevistas como el

17. Pensión que pasa a su ex-esposa por la manutención de su hija.

trabajo de campo están confirmando que la mayor parte de las tácticas y estrategias, por no decir todas, puestas en marcha por las personas entrevistadas para la activación de su recuperación son prácticas corporales.

En concreto, Andrea relata la necesidad de realizar actividades que le hagan sentir bien, de tareas en general -hasta el punto que se define a sí mismo como *workaholic*-, y un «vivir por cuotas», que él describe como «tener un compromiso concreto con el cuerpo, comprometerte, que sea corto, que esté aquí mismo y que te centres sólo en eso, el resto ya está, no le encuentro un sentido trascendental». Además, para él ha sido imprescindible el activismo en *Activament*, donde fue impulsor de varios grupos de ayuda mutua, espacios de relación que sirven para compartir experiencias con otras personas y por tanto, con otros cuerpos, que han pasado o están pasando por la misma situación. Esta asociación se ha convertido además en su ocupación principal a día de hoy, incluso en fines de semana y días festivos, realizando tareas y actividades múltiples en interacción con otras personas socias: gestión de proyectos, charlas en colegios e institutos, actividades diversas de autoformación, mantenimiento de redes sociales digitales, etc.

Por su parte, Inma, a lo que más importancia da para su recuperación es a la medicación, que todavía consume:

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

de disfrutar».

Aquí surge una pregunta: ¿es la ingesta de psicofarmacología una práctica corporal?. Habría que seguir indagando en esta cuestión, y más teniendo en cuenta que Inma, según relata, lo que busca son los efectos físicos y emocionales de la medicación, y porque al fin y al cabo no deja de ser una sustancia cuyo soporte y objeto de acción es el cuerpo mismo. Además, es la propia persona -como se ha visto a principios de este apartado- la que pide al médico que le recete estos fármacos.

Por otro lado, también en la narración de Inma hay referencias a otro tipo de prácticas corporales que le ayudaron a recobrar su "normalidad" o que le han facilitado nuevas herramientas para la recuperación: maquillarse y «prepararse», salir con las amigas, realizar pilates, natación, caminar, etc.. Ella comenta:

«Estoy yendo a pilates y la verdad es que te ayuda un montón, aparte que te ayuda a relajarte y haces un poco de gimnasia. Y luego empecé a andar, todos los días voy a andar porque tengo colesterol [...] y eso antes no lo hacía».

He podido acompañarla varias veces a la clase de pilates y un día a la salida, tomando el café de después, que según ella también es parte de la actividad, me explicó que la forma de respirar que aprende en pilates le permite relajarse en esos momentos que comienza a sentirse más nerviosa, «cuando tengo ansiedad», decía.

Sin embargo, y recogiendo algunas ideas de una conferencia de Susan M. Di Giacomo (2015), sería interesante desligar estas prácticas del ámbito de lo terapéutico y encuadrarlas dentro del terreno de la realización personal



y el propio deseo por alcanzar ese placer perdido por la vida, del que hablan todas las entrevistadas y que señala el autor Franco Berardi (2007) como característico de las depresiones. Andrea decía en la primera entrevista, cuando le pregunté por sus sensaciones en el período de depresión:

«Y tener la sensación siempre de que sobras, de que no.... y después... no encontrar el sentido del sufrimiento, cuando vives la vida en función de un sacrificio, en función de un objetivo que es falso y no encuentras manera de parar qué lo haces, pues, si no te motiva antes por lo cual sufrís entonces ¿para qué sufrir?»

El apartarse del adjetivo “terapéutica/o” es una cuestión motivada por el significado médico con el que está relacionado y que conlleva la idea de mejora de estados patológicos y, por tanto, de una responsabilidad individual, obviando así las causas socioculturales de las depresiones. Esta advertencia se carga de sentido en nuestra sociedad actual donde existe una alta terapeutización de la vida en muchos ámbitos que no son los clínicos: penitenciario, laboral, escolar, relacional (familia, amistades y pareja), ciudadanía, etc. (Espai en Blanc, 2007). Y además, si se hablase de estas prácticas corporales como terapéuticas, existe el riesgo de que toda acción emprendida por las personas, tanto buenas como malas, sean vistas como efecto de la enfermedad desde su significado de categoría biomédica (Di Giacomo, 2015). En contraste, estas mismas prácticas corporales pueden ser entendidas como un proceso de agencia, donde la búsqueda del placer sea tanto una contestación frente a las estructuras socioculturales de desigualdad como un objetivo personal y colectivo.

5. CONCLUSIONES

Desde la perspectiva antropológica, y a partir de la información recogida en la investigación etnográfica que realizo, determinadas situaciones vitales y multitud de experiencias cotidianas que están determinadas por el género, la edad y el nivel adquisitivo sitúan a las personas en posiciones de desventaja social. Esta precaridad provoca un malestar que aún siendo de tipo social o cultural muchas veces es encarnado en forma de depresión en los cuerpos individuales.

Sin embargo, frente a esta situación, las personas y sus entornos tienen capacidad de agencia y por tanto, de transformación de la realidad social a partir de prácticas que son en su mayoría de tipo corporal, por lo que sería más preciso hablar de *cuerpos agentes* como actores protagonistas de la recuperación en depresiones.



BIBLIOGRAFÍA

- ATXOTEGUI, J. (2000) «Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial». En PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. (eds.) *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pág. 83-100.
- BERARDI, F. (2007) «La epidermis depresiva. Una lectura del Cho». En ESPAI EN BLANC (ed.) *La Sociedad Terapéutica*. Barcelona: Espai en Blanc y Bellatera, pág. 213-228.
- BURIN, M.; MONCARZ, E. y VELÁZQUEZ, S. (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Barcelona: Paidós.
- BUTLER, J. (2010) *Marcos de guerra: las vidas lloradas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- BUTLER, R. (1969) «Ageism: Another form of bigotry». *The Gerontologist*, 9, pág. 243-246.
- CONNELL, R. (1995) «Men's Bodies», en Connell, R. W. (ed.) *Masculinities*, Oxford/Cambridge: Polity Press, pág. 45-67.
- – (2015) *Masculinidades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Programa Universitario de Estudios de Género.
- CASTRO, A. y FARMER, P. (2003) «El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima». *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pág. 29-47.
- DE CERTEAU, M. (1988) *The Practice of Everyday Life*. Berceley: University of California Press.
- DI GIACOMO, S. M. (2015) «Pràctiques comunicatives embodied i la construcció de significats en la relació cavall-humà: una autoetnografia de la supervivència del càncer». En *l Coloquio marc de autoetnografia. "Estar ahí estando". Subjetividades, cuerpos y emociones en la investigacion en salud*. Tarragona: Medical Anthropology Research Center URV. [Conferencia marco]
- ESPAI EN BLANC (ed.) (2007) *La Sociedad Terapéutica*. Barcelona: Espai en Blanc y Bellatera.
- ESTEBAN GALARZA, M. L. (2004) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- FERRÁNDIZ MARTÍN, F. (2004) *Escenarios del cuerpo: espiritismo y sociedad en Venezuela*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- FREIXAS FARRÉ, A. (2008) «La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista». *Anuario de Psicología*, 39(1), pág. 41-57.
- GARCÍA-CALVENTE, M. M. et al. (2004) «El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres». *Gaceta Sanitaria*, 18(2), pág. 83-92.
- GØTZSCHE, P. C. (2014) *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmaceuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona: Los libros del lince.
- HEALY, D. (2015) «Serotonine and depression». [El línea], *The British Medical Journal*, 2015(350). <<http://www.bmj.com/content/350/bmj.h1771>> [Consulta, 25.08.2016].
- KLEINMAN, A. et al. (eds.) (1997) *Social Suffering*. University of California.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MATEO, I. et al. (2000) «Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar». *Aten Primaria*, 26,

pág. 25-34.

- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012) *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de publicaciones.
- MONTORO J. (1999) «Consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores». *Rev Int Sociol*, 23, pág. 7-29.
- MORAL, M.S. et al. (2003) «Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio». *Aten Primaria*, 32, pág. 77-87.
- ORTNER, S. (2006) *Anthropology and social theory: culture, power and the acting subject*. Duke University Press.
- OTEGUI PASCUAL, R. (2000) «Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento», en PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pág. 227-248.
- SEWELL, W. H. (1992) «A theory of structure: Duality, agency and transformatios». *American Journal of Sociology*, 98(1), pág. 1-29.
- ZAPATA HIDALGO, M. (2014) *Depresión y procesos de recuperación: agencia, género y prácticas corporales*. [El línea], Departamento Filosofía de los valores y Antropología social UPV/EHU y MDe Máster Universitario en Estudios Feministas y de Género de la UPV/EHU. <<https://addi.ehu.es/handle/10810/18921>> [Consulta, 16.01.2017].
- – (2016) «Suspertzea depresionetan: haragizaturiko ondoez sozial gorpuztuaren aurrian, gorputz agentea», en ESTEBAN, M. L. y HERNÁNDEZ GARCÍA, J. M.

(coords.) *Etnografía feminista Euskal Herrian. XXI. Mendean begira dagoen antropologia*. Bilbao, Udako Euskal Unibersitatea eta Euskal Herriko Unibersitatea, pág. 153-175.