

## Intimidades públicas y narrativas biográficas de experiencias de depresión en *YouTube* (Argentina, 2018-2024)

Public Intimacies and Biographical Narratives of Depression Experiences in *YouTube* (Argentina, 2018-2024)

**Esteban Grippaldi**

<https://orcid.org/0000-0003-0549-2596>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas  
Instituto de Humanidades y Ciencias del Litoral,  
Universidad Nacional del Litoral  
grippaldiesteban@hotmail.com

**Eugenia Bianchi**

<https://orcid.org/0000-0003-2311-7490>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas  
Universidad de Buenos Aires  
Instituto de Investigaciones Gino Germani  
eugenia.bianchi@gmail.com

26

Fecha de envío: 19 de febrero de 2024. Fecha de dictamen: 21 de octubre de 2024. Fecha de aceptación: 4 de noviembre de 2024.

### Resumen

Las redes sociales contribuyen a la expansión del espacio biográfico y a la ampliación de la esfera de las intimidades públicas. Distintas personas que padecen depresión, un diagnóstico históricamente portador de estigmas que conduce a la vergüenza y al ocultamiento de esta condición, emplean las tecnologías digitales para compartir estas experiencias íntimas a un extenso público. Este artículo indaga cuáles son las finalidades de salir del armario de la depresión en las redes sociales. El objetivo es

describir y analizar narrativas biográficas de personas que padecen y/o padecieron depresión y residen en Argentina. Concretamente, aborda el repertorio de motivaciones e intereses de hacer públicas experiencias consideradas íntimas por parte de figuras mediáticas, *YouTubers* y personas sin un perfil público en videos de *YouTube*.

A partir del método biográfico en su vertiente de relatos de vida, se analiza un *corpus* de 37 videos audiovisuales disponibles en *YouTube* desde 2018 hasta 2024. En base a estos documentos biográficos, se elaboran categorías que distinguen una pluralidad de motivaciones e intereses asociados a publicar las experiencias personales de depresión. Dentro de esta multiplicidad de formas, que son complementarias, identificamos un arco que comprende desde la transformación del propio sujeto, pasando por formas de ayudar y aconsejar a otras personas, hasta comunitarizar el sufrimiento.

Este artículo busca realizar una contribución sociológica al estudio de las transformaciones de las intimidades públicas, con especial énfasis en las narrativas contemporáneas sobre experiencias de depresión en internet.

27

### Abstract

Social networks contribute to the expansion of biographical space and the widening of the sphere of public intimacies. People who suffer from depression, a diagnosis historically carrying stigma that leads to shame and concealment of this condition, use digital technologies to share these intimate experiences with a wide audience. This article investigates the purposes of advertising or coming out of the closet of depression on social networks. The objective is to describe and analyze biographical narratives of people who suffer and/or suffered from depression and reside in Argentina. Specifically, it addresses the repertoire of motivations and interests in making public experiences considered intimate by media figures, *YouTubers* and people without a public profile in *YouTube* videos.

Using the biographical method in its life story aspect, a corpus of 37 audiovisual videos available on *YouTube* from 2018 to 2024 is analyzed. Based on these biographical documents, categories are constructed that distinguish a plurality of motivations and interests associated with publishing personal experiences of depression. Within this multiplicity of forms, which are complementary, we identify an



arc that ranges from the transformation of the subject themselves, through helping and advising other people, to ways of communitizing suffering.

This article seeks to make a sociological contribution to the study of the transformations of public intimacies, with special emphasis on the contemporary experiences of depression on the internet.

**Palabras clave:** intimidades públicas; narrativas públicas; depresión; espacio biográfico; redes sociales.

**Keywords:** public intimacies; public narratives; depression; biographical space; social networks.

## Introducción

En *De la enfermedad* (1926), Virginia Woolf observaba que la enfermedad era un tema del que rara vez se escribía por el componente vergonzante que complicaba su representación en el espacio público. Pero a finales del 1900 —y con creciente profundización en lo que va del presente— es posible reconsiderar la apreciación de Woolf, especialmente si se toman en cuenta las transformaciones de las subjetividades y la incesante ampliación del espacio biográfico (Arfuch, 2010). La gran cantidad de memorias de depresión forma parte de la representación que se tiene de la propia identidad (Sadowsky, 2022), pero estas también se producen en el marco de la ampliación del espacio público (Arfuch, 2013, 2010 y 2018) y de la proliferación de las culturas terapéuticas (Papalini, 2014; Furedi, 2004) y diagnósticas (Brinkmann, 2016) que abarcan y trascienden a los saberes expertos.

En especial en los medios de comunicación y/o en redes sociales, diversos artistas, músicos, deportistas profesionales, actores y actrices, humoristas, modelos, emprendedores, conductores de radio y televisión, *influencers* y personas mediáticas con perfil público cuentan sus problemas de salud mental, haciendo públicas sus experiencias de depresión y otros diagnósticos. Además, en un escenario de revalorización de los relatos de vida (Arfuch, 2010) las personas *comunes*, motivadas por múltiples razones, utilizan las redes sociales para compartir sus experiencias, conocer a otras, informarse, brindar información e interactuar.

En la web existen comunidades de *Facebook*, *Instagram* o *Twitch* con miles de participantes que se agrupan en torno al tópico de la depresión. En particular, en *YouTube* circulan diversas narrativas del yo que se dirigen a un amplio público y cuentan experiencias de sufrimiento psíquico, en un marco en el que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud instan a hablar de depresión y salud mental, subrayando que la falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, ofician como barreras de acceso a los tratamientos necesarios para llevar adelante vidas saludables y productivas (OMS/OPS, 2017).

Así, aunque en apariencia resulte paradójico, la ampliación de las esferas de las intimidades públicas (Arfuch, 2005a; Blanco, 2014) y “el afán por hacer público los archivos personales” (Arfuch, 2018: 19) también involucran a quienes padecen depresión. Esta aparente contradicción radica en que la literatura en ciencias sociales sobre la experiencia de sufrir depresión destaca que esta afección se caracteriza por el aislamiento y la desconexión (Karp, 2017; Ratcliffe, 2015) y, por tanto, por la no participación en el espacio público. Por asociarse a sentimientos de vergüenza y al autoestigma, plantean que las personas con depresión, en determinados momentos, aprenden a ocultar su condición de la vista del público creando el espacio social del “armario” (Ridge y Ziebland, 2012) en un proceso semejante a las narrativas promovidas por gays y lesbianas. Además, se ha señalado que la experiencia de sufrir depresión suele estar marcada por la dificultad de comunicación interpersonal (Fusar-Poli, Estradé, Stanghellini, Esposito, Rosfort, Mancini, Norman, Cullen, Adesina, Benavides Jimenez, da Cunha Lewin, Drah, Julien, Lamba, Mutura, Prawira, Sugianto, Jaleta, White, Damiani, Vasconcelos, Bonoldi, Politi, Vieta, Radden, Fuchs, Radcliffe y Maj, 2023), de allí que personas como William Styron (2015) enfatizan su dificultad de contar la experiencia y destaquen que, si no se ha sufrido, no es posible comprenderla. En la depresión, entonces, se produce simultáneamente la necesidad de escribir o comunicar, y la dificultad para hacerlo (Huertas, 2020).

Concebimos la depresión como un *logro* interpretativo provisorio de quienes aplican este término para describirse a sí mismo/a (y a otro/as) en escenarios específicos y asumimos que esta noción adquiere diversos sentidos que se expresan en las narrativas de quienes se identifican con ella (Bianchi y Grippaldi, 2024). Este artículo se enfoca en un conjunto particular de experiencias de personas que padecen

depresión y hacen pública su condición en *YouTube*. El objetivo es describir y analizar narrativas biográficas de personas que padecen y/o padecieron depresión y residen en Argentina, con foco en el conjunto de motivaciones y finalidades que conducen a hacer públicas experiencias consideradas íntimas por parte de figuras mediáticas, *YouTubers* y personas sin un perfil público en videos de *YouTube*.

En línea con la convocatoria del dossier, el artículo toma en consideración los aportes de Leonor Arfuch al estudio del espacio biográfico, a través del análisis de testimonios, confesiones y relatos de vida en sus distintos registros narrativos, y busca realizar una contribución sociológica al estudio de las transformaciones de las intimidades públicas y narrativas contemporáneas sobre experiencias de depresión en internet.

Las preguntas que orientan al estudio son: desde el punto de vista de quienes narran, ¿cuáles son los repertorios de motivaciones e intereses de publicitación de la experiencia o de “salir del «closet» de la depresión” (Ridge, 2018) en las redes sociales? Si, como afirma Sontag (2008: 7), “(l)a depresión es la melancolía sin sus encantos”, ¿cuáles son las finalidades de llevar al espacio público-virtual experiencias de depresión, un padecimiento históricamente portador de estigmas y considerado privado u íntimo?

30

### **Enfermedad, experiencias públicas e internet. Antecedentes y tendencias desde las ciencias sociales**

La experiencia de la enfermedad en general tiene distintos antecedentes en los estudios y autores pioneros de la sociología de la salud. En su trabajo sobre el rol del enfermo, Parsons (1966) consideraba que posee una cualificación relativa y conocimientos muy limitados para ayudarse a sí mismo, saber qué debe hacer y cómo, y emitir juicios sobre las cualificaciones técnicas de los profesionales. Este análisis, que no valora la experiencia de enfermedad, se continúa cuando aborda la situación de enfermedad, que confronta al paciente y a sus relaciones más estrechas “con problemas complejos de ajustamiento emocional” (Parsons, 1966: 444). Frustración de expectativas, alejamiento o separación de actividades y satisfacciones, humillación e interrupción de relaciones sociales, son consideradas por Parsons contra un parámetro de normalidad. Como consecuencia, y siempre según sus hallazgos, el enfermo está desamparado, es proclive a ser explotado y también es presa fácil de

prácticas y creencias irracionales.

Por fuera del estructural-funcionalismo, la Escuela de Sociología de Chicago también se interesó, sin denominarlas así, por las experiencias de enfermedad. Goffman (1998a y 1998b) aportó una serie de nociones como institución total, mortificación del yo, carrera moral y estigma, que, además de conceptualizar procesos conexos, constituyen herramientas metodológicas para la investigación de campo. Becker (1971) plantea la noción de carrera para comprender la etiología de la desviación social, y Freidson (1978: 244) retoma este concepto para ilustrar la secuencia de acontecimientos sociales, roles o imputaciones “que el individuo experimenta en el curso de su paso a través de las distintas instancias de control social, ya sean médicas o de otro tipo”.

En estos estudios pioneros, la experiencia de enfermedad ocupa un lugar analítico lateral y no es considerada desde el punto de vista del enfermo. El exiguo contraejemplo lo proporcionan los estudios de Glaser y Strauss (1965) y Strauss y Glaser (1975) sobre la conciencia de la muerte y la cronicidad en la enfermedad. Desde entonces, según Conrad y Stults (2010), este enfoque fructificó en diversas líneas de trabajo que abarcan desde cómo las personas viven con y a pesar de su enfermedad hasta las experiencias y estrategias que desarrollan. Estos estudios amplían el instrumental conceptual con nociones como administración de la identidad, estigma, disrupción biográfica o reconstrucción narrativa.

En coincidencia con lo señalado por Virginia Woolf, Conrad y Stults (2010) reconocen que había un cierto consenso sociológico acerca de la enfermedad como una experiencia generalmente privatizada, solo discutida con el médico, la familia y, en ocasiones, algunas amistades. Incluso en instituciones, la experiencia de enfermedad se mantenía en la esfera individual y privada, más aún en la comunidad. También plantean que no era infrecuente que quienes padecían una enfermedad no conversaran con otras personas con la misma condición, o siquiera conocieran a alguien que tuviese esa misma enfermedad (sobre todo en los tipos epidemiológicamente menos extendidos).

Esta forma de experimentar la enfermedad sufre una profunda conmoción con la aparición de internet para uso de la población general, a principios de la década de 1990. Para Conrad y Stults (2010), es innegable que internet cumple un rol de facilitador del paso para muchas personas de una experiencia privada de la

31



enfermedad a una pública, con efectos transformadores que revolucionan la interacción social.

Cornode y Krishnamurthy (2008) identifican dos tipos de experiencias en internet, asociadas a los dos tipos de web. La web 1.0 implicó una comunicación en una sola dirección, dado que las búsquedas y recuperación de información eran sobre contenidos ya creados, en sitios web ya existentes y que mayormente procedían de instituciones y profesionales médicos. Los usuarios tenían un rol pasivo, de mero consumidor: no era posible modificar ni contribuir a los contenidos. La web 2.0 se enfoca en las comunidades, redes y contenidos generados por usuarios que producen, interactúan y colaboran con otros, y abarca un rango de sitios interactivos (*blogs*, grupos de apoyo electrónicos, comunidades de salud en línea) y en especial redes sociales (*Facebook, Instagram, X, TikTok*). Quienes participan de las redes sociales digitales de salud no solo buscan o acceden anónimamente, sino que crean, comparten e intercambian públicamente información propia, experiencias, fotos y videos (Hardey, 2002).

La tecnología web 2.0 expande significativamente los modos en que las personas con algún interés especial, como lo es una enfermedad, se conectan entre sí en redes sociales, y con ello extiende el espectro de las prácticas testimoniales y los diarios íntimos —o *éxtimos*— que contribuyen a la “publicitación de lo privado” (Sibilia, 2012: 28). En estas intimidades públicas emergentes, las personas *comunes* y *famosas* hacen públicos sus padecimientos íntimos a través de narrativas que, a su vez, representan una ventana para el análisis de las experiencias contemporáneas.

En particular, quienes experimentan algún malestar mental recurren cada vez más a entornos virtuales para gestionar mejor sus padecimientos (Jover-Leal y Grau-Muñoz, 2021), conocer a iguales, compartir experiencias, recibir apoyo y encontrar historias que posibiliten entender las suyas. Las redes sociales facilitan la sociabilidad entre pares (Castro y Brandão, 2020) y propician aprendizajes para incorporar una cultura grupal con marcos interpretativos para repensar sus biografías.

Por último, Conrad, Bandini y Vasquez (2016) ubican cinco consecuencias principales del rol de internet como catalizador en la transformación de la enfermedad en una experiencia pública: (1) sirve como fuente de información para pacientes, familiares y cuidadores; (2) es un repositorio de conocimiento por experiencia; (3) facilita la comunicación y el apoyo entre individuos afectados por una condición

específica, sus familiares y cuidadores; (4) modela y transforma las identidades colectivas, activismos y movimientos sociales relacionados con las enfermedades; (5) modifica la relación médico-paciente, en tanto coexisten puntos de vista legos y profesionales que apoyan, promueven, cuestionan o resisten el conocimiento médico tradicional y la medicalización de los problemas humanos (Conrad y Rondini, 2010).

### **Espacio biográfico e intimidades públicas en narrativas de depresión**

En íntima relación con los antecedentes sobre experiencias de enfermedad, otras categorías son centrales para este artículo, entre ellas espacio biográfico, intimidades públicas y narrativas biográficas. En particular, Jutel y Nettleton (2011) destacan a las narrativas como un abordaje especialmente adecuado para el estudio de los diagnósticos y las experiencias de enfermedad. En esta línea, para Arfuch el espacio biográfico alude:

“(n)o solamente al conjunto de géneros consagrados como tales —biografías, autobiografías, confesiones, memorias, diarios íntimos, correspondencias— sino también a su enorme expansión contemporánea en formas híbridas, estilos y soportes de la más variada especie: la entrevista, el testimonio, la autoficción, la novela biográfica, el show televisivo, el documental subjetivo, innumerables prácticas de las artes visuales y por cierto, la creciente mostración de las redes sociales”. (Arfuch, 2018: 62)

33

El concepto no refiere a “una simple acumulación de géneros afines”, sino a “un horizonte de inteligibilidad para dar cuenta, en una lectura sintomática, de lo que aparecía como una verdadera reconfiguración de la subjetividad contemporánea” (Arfuch, 2018: 44). Por tanto, opera como “una trama simbólica, epocal, un horizonte de inteligibilidad para el análisis de la subjetividad contemporánea” (Arfuch, 2018: 20) en el que el avance de las redes sociales favorece la emergencia de subjetividades que hacen de lo privado y lo íntimo algo para compartir, no solo con amigos sino también con extraños y a escala global.

Esta mostración pública de la privacidad permite hablar de una *intimidad pública*, aunque aparente nombrar una contradicción entre los términos (Arfuch, 2005a; Blanco, 2011). Esta noción marca la tensión entre dos esferas: la primera parece referir a lo que “más intrínsecamente nos constituye y representa”; no obstante, requiere para su reconocimiento el enfrentarse a una segunda, “a su exterioridad, lo



que no es ella, su opuesto —o su complementario—, el otro lado del umbral, lo público” (Arfuch, 2005a: 239). La intimidad pública expresa la evanescencia de los límites entre público y privado en el horizonte mediático y cultural contemporáneo (Arfuch, 2018).

Como destaca Arfuch (2005a) no hay otro modo de dar cuenta, de poner en forma —y, por ende, *en sentido*— la propia experiencia que no sea a través del relato, sea este oral, escrito u audiovisual. Esta narración de una vida aparece como umbral entre lo íntimo o privado y lo público. Y la mostración pública de experiencias íntimas se produce a través de una narrativa. Desde un enfoque sociológico, las narrativas personales o del yo son aquellas construcciones textuales producidas por las acciones discursivas de los sujetos con el objeto de dar sentido y coherencia a sus existencias y poner en orden sus experiencias (Meccia, 2019). Las narrativas constituyen un abordaje para el estudio de las experiencias a través de indagar los modos en que las personas cuentan sus biografías o determinadas partes de ella.

Las narrativas son, además, una realización *dialógica* (Bajtín, 1999; Arfuch, 2010 y 2018; Frank, 1997; Good, 2003) ya que se producen *por, con y para otros/as* (Grippaldi, 2023). Así, no son una mera creación libre e individual, sino que se elaboran *por*, o a través de, insumos discursivos provistos por la cultura en un momento histórico particular. Desde esta perspectiva, Arfuch (2005b: 30) sostiene que no existe “ningún Adán bíblico «dueño» de su palabra” porque en el enunciado se entrecruzan distintos grados de alteridad. En quienes narran coexiste una polifonía de voces provenientes de distintas esferas de *praxis* en las que participan o han participado. De esta manera, en el marco de una cultura terapéutica, y con la emergencia y proliferación de un lenguaje público de la intimidad (Ehrenberg, 2000), al hablar sobre uno mismo recurrimos a modelos, reglas y recursos discursivos preexistentes que brindan determinados esquemas interpretativos para producir relatos. Sin ser plenamente conscientes, utilizamos un conjunto de discursos públicos para elaborar historias de nosotros mismos.

Las narrativas del yo, en ocasiones, son producidas, elaboradas con la intervención, colaboración o ayuda de otra/s persona/s. El entrevistador u oyente contribuye, en diferentes sentidos, en la elaboración del relato. Así, las modalidades que adopta dependen, en cierta medida, de la relación que instauren el narrador y su auditorio. También se construyen en la interacción durante el proceso de preguntas y

respuestas.

Finalmente, un aspecto central del modo de comprender las narrativas en este artículo es que son *para* otros/as: la cualidad esencial del enunciado es la de ser *destinado*, se dirige a otros/as presentes o ausentes, imaginarios o reales (Arfuch, 2018). Se trata de acciones o prácticas narrativas con finalidades y capacidad para hacer determinadas cosas. Con esto señalamos el carácter no meramente representativo sino performativo de los relatos, su potencia para producir realidades, crear mundos e incidir en los destinatarios. Si hacemos cosas con las palabras, al contar una historia, quienes narran tienen motivaciones y expectativas de generar transformaciones de distintos grados, tales como transmitir una imagen de sí mismos al auditorio, concientizar o visibilizar sobre la depresión, pedir ayuda, ayudar, recomendar, aconsejar, cuestionar saberes, entre otras.

### Metodología

Según Conrad y Stults (2010), típicamente la experiencia de enfermedad ha sido investigada a través de métodos cualitativos. Además, como observa Arfuch (2018), en la investigación social se intensificaron los abordajes cualitativos con acentuación en lo biográfico, incluyendo entrevistas narrativas, memorias, historias y relatos de vida, y trayectorias profesionales.

Con estas consideraciones como plataforma, utilizamos el método biográfico en su vertiente de relatos de vida (*life story*) (Arfuch, 2010; Meccia, 2019) para indagar en las formas de contar y dar sentido a las experiencias de depresión de usuarios de *YouTube*. La noción de narrativas del yo permite atender al relato en sí mismo, las maneras de autorrepresentarse en el discurso y los modos de enunciación desplegados, y se aparta de cualquier pretensión de cotejar el discurso con el dominio de lo fáctico. Además, constituye una estrategia para relevar las formas y los recursos cognoscitivos que disponen las personas para contar aspectos significativos de sus vidas; es decir, para obtener datos relativos a un transcurso de tiempo biográfico.

Seguimos una estrategia cualitativa de recolección y análisis de datos secundarios que obtuvimos en base al rastreo de fuentes secundarias o documentos biográficos (Plummer, 2001; Stanley, 2013). Estas fuentes disponibles públicamente permiten acceder a narraciones *no solicitadas* (O'Brien y Clark, 2010) y se caracterizan porque su producción no requiere de la intervención ni de la mediación de

quienes investigan.

Circunscribimos el estudio a la plataforma *YouTube* por varios motivos: (1) permite la elaboración de narrativas del yo audiovisuales extensas y de acceso abierto; (2) no requiere contar con una cuenta para su acceso; (3) tiene un extenso uso en Argentina, incrementado notoriamente en los últimos años. *YouTube* es la plataforma de videos más vista en Argentina, el 87% de sus espectadores afirma que sus contenidos les permiten profundizar en lo que aman, y para el 83% tiene contenido único que no encuentran en otro lugar (Total Medios, 2023).

En consonancia con relevamientos realizados en estudios previos (Bianchi y Grippaldi, 2024), el *corpus* de videos se conformó de acuerdo a los siguientes criterios: (a) experiencias personales de depresión de residentes de Argentina; (b) de acceso público en *YouTube* (ni privados ni no listados); (c) quienes relatan su experiencia aparecen en el video (no es audio solamente); (d) el género discursivo son entrevistas, intercambios grupales o narraciones individuales; (e) se enuncian desde la primera persona del singular, tratándose de relatos predominantemente autorreferenciales; (f) la publicación es desde 2018 en adelante; y (g) abordan las razones para hacer pública sus experiencias o las finalidades de producción de la narración. Por tanto, excluimos videos de teatralizaciones o ficciones que presentasen voces o escritos sin presencia corporal, en los que hablasen desde terceras personas o del papel de profesional o familiar, y los que asumen una voz institucional.

36

En esta muestra intencional por propósitos teóricos (Flick, 2015), se buscó localizar diversidad de narrativas del yo sobre depresión. Antes que guiarnos exclusivamente por los primeros videos hallados, que presentan una elevada cantidad de reproducciones, *me gusta* y comentarios, nos interesó también rastrear testimonios de más difícil acceso, que desde los criterios de la plataforma carecen de *relevancia*. Es decir, los pocos vistos, los que tienen pocos o ningún *me gusta*, los que no provocan comentarios y, por tanto, contienen una menor resonancia mediática (ver Tabla 1).

Para la conformación del *corpus* de análisis, en los motores de búsqueda utilizamos las palabras: “depresión experiencia”, “depresión testimonio”, “depresión *story time*”, “depresión mi historia”. Una primera búsqueda fue a partir *Geo Find* (<https://mattw.io/youtube-geofind/location>) a fin de ubicar videos producidos en Argentina. Este modo de búsqueda permite localizar documentos en el área geográfica

de interés, aunque tiene como desventaja que no contempla videos que no especifican su geolocalización. Por esto, en segunda instancia utilizamos la plataforma de *YouTube*, con las mismas palabras clave. También nos orientamos por las sugerencias de videos que ofrece la plataforma, cuyos resultados arrojan un elevado conjunto de videos, pero en su gran mayoría no incluyen experiencias de personas residentes en Argentina.

Luego del primer rastreo de videos, el segundo filtro consistió en escuchar y comprobar que fuesen residentes de Argentina y que abordasen explícitamente el propósito de publicar las experiencias de depresión. El *corpus* definitivo quedó conformado por 37 videos, cuyas características generales se detallan en la Tabla 1. Para el análisis de los datos, indagamos en las narrativas biográficas en torno al propósito de publicar experiencias personales de depresión. En una primera instancia, caracterizamos el contexto de habla de cada documento biográfico relevando dimensiones como el género discursivo, el canal y las características extra-discursivas de quienes narran. En un segundo momento, comparamos casos en torno al núcleo analítico a fin de localizar la multiplicidad de sentidos de hacer públicas las experiencias de depresión. Para ello, construimos categorías de segundo grado — elaboradas a partir de las categorías que emplean quienes narran— que permiten distinguir las diferencias y similitudes que presentan.

37

Finalmente, mencionamos que no sometimos a valoración ética el proyecto de investigación por tratarse de un análisis de datos públicos de acceso irrestricto. Seguimos los *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética* del CONICET (Resolución 2857/2006) y empleamos metodologías de las Ciencias Humanas y Sociales, de conformidad con la Resolución N° 510/2016 del Consejo Nacional de Salud.

**Tabla 1:**  
*Características de los videos y personas que hacen pública su experiencia de depresión en YouTube al 13/2/2024*

Datos de los videos	Duración	Máxima: 1 hora 50 minutos
		Mínima: 1 minuto 37 segundos
	Fecha de publicación	Más reciente: 5/1/2024
		Más antigua: 2/9/2018
	Vistas	Máximas: 1.223.641
		Mínimas: 16
	Suscriptores	Máximo: 12.900.000
		Mínimo: 9
Comentarios	Máximo: 2.053	
	Mínimo: 0	
Total	37 videos	
Datos de las personas	Género	Varones: 23
		Mujeres: 14
	Perfil narrativo	Famoso: 8
		Youtuber: 17
		Desconocido/a: 12

Fuente: Elaboración propia.

### Haciendo público lo privado

Hay cierto consenso en los estudios sobre el hecho que en un mismo relato de vida se incluyen diversas motivaciones o intereses para tornar público lo privado. Además, y

aunque no se analiza en este artículo, existen orientaciones no explicitadas que, entre otros ejemplos, buscan obtener beneficios económicos o de reconocimiento simbólico, expresados en los *me gusta* o en la cantidad reproducciones y comentarios.

En este artículo, un primer plano de resultados arroja que las narrativas personales pueden agruparse según estén motivadas por intereses más *individualistas* o más *colectivistas-comunitarias*. En un mismo relato es posible hallar múltiples motivaciones que combinan orientaciones individualistas y colectivistas. Sin plantear carga valorativa negativa, con la primera noción aludimos a aquellos relatos cuyas expectativas están orientadas a transformar, calmar, aliviar, recibir apoyo al propio sujeto que narra. Por el contrario, las segundas —más cuantiosas en el *corpus*— tienen por finalidad ayudar, concientizar, visibilizar sobre el padecimiento a otras personas que atraviesan por lo mismo y a sus familiares.

Más ampliamente, estas narrativas biográficas presentan algunos rasgos generales. Un incentivo extendido que se enuncia en las narrativas consiste en que compartir las experiencias públicamente remite al *diagnóstico social* respecto de la salud mental y la depresión. En general, las narrativas coinciden en que es un tema socialmente importante que merece ser hablado. Algunas personas sostienen que es un tópico del que aún no se habla, es tabú o está estigmatizado, y otras sostienen que se habla, al menos, más que antes, y el relato en internet intenta contribuir a que circulen, así como cuestionar, determinados discursos. Ante la pregunta “¿por qué decís que sí a un programa como este?”, Karina responde:

“Creo que es el momento ¿no? Me parece que, si hubiese sido un tiempo atrás, tal vez hubiese dudado, pero después de padecer ciertas situaciones y de comprenderlo, decís «sí». Porque entendés de qué se trata [...], la importancia que merece y que tiene el tema. La falta de educación que yo tenía con respecto a este tema, en todas sus ramas porque es muy amplio, pero hablando al menos de lo que siento yo, de lo que me pasa a mí”.

Para Karina, es el momento biográfico, pero también el tiempo social para hablar de estas cuestiones consideradas importantes. El escenario actual legitima la producción de discursos públicos sobre la depresión ya que encuentra una audiencia dispuesta a escuchar sin juzgar, pero también a identificarse y sentirse apoyada. Como sostiene Pollak (2006), para poder relatar sus sufrimientos una persona necesita, en primer lugar, encontrar una escucha, ciertas condiciones para sentirse autorizada a



testimoniar.

En los relatos de vida, también hallamos un recurso discursivo por el cual lo personal se torna, simultáneamente, impersonal, común a otras biografías. Así, el caso individual, la experiencia centrada en el sujeto que narra, deja de ser único para representar un conjunto de situaciones similares y alcanzar niveles de mayor generalidad. Apoyado en ese supuesto, de los testimonios se suelen derivar, ulteriormente, prescripciones, consejos y *tips* con cierto grado de abstracción que proponen soluciones a otras experiencias de depresión. Como en los libros de autoayuda, suele hallarse “una torsión del relato del «yo» al «tú» que busca provocar identificaciones” (Papalini, 2015: 96).

A su vez, numerosos relatos de vida explicitan desde dónde se posicionan, y coinciden en señalar que es desde la perspectiva de quienes han experimentado (y experimentan) la depresión. Al mismo tiempo, destacan que no son expertos, psicólogos o psiquiatras. Al inicio de la entrevista, Alexander afirma:

“Primero, antes de empezar con todo este asunto, una aclaración y es que yo no soy ni médico ni psicólogo, ni psiquiatra, ni nada. No sé nada de salud mental, no estudié nada. Y todo lo que diga o deje de decir en esta entrevista tiene que ser tomado desde el lugar de un paciente que hace diez años que estoy en esta, que tengo depresión. Pero eso es mi experiencia y mi vivencia. Ni siquiera tiene que ser la misma que otras personas con depresión, solamente era muy importante para mi contar lo que me pasa, hablar de este tema. Es un tema que, como vos decís, pasa un montón, a un montón de gente y no se dice mucho, está un poco estigmatizado”.

40

En el relato de Alexander, ubicarse en el lugar del saber de la experiencia implica desvincularse del saber por conocimiento experto, y haberlo vivido en otras ocasiones otorga un privilegio epistémico. Este consiste en que es necesario sufrir depresión para comprender al depresivo, un argumento que legitiman las narraciones en primera persona y que desestima el conocimiento teórico. Expuestos estos rasgos compartidos, nos interesa exponer las diferentes motivaciones para tornar pública estas experiencias íntimas.

## Contar para transformarse

Una primera categoría refiere a contar la propia experiencia como medio para transformarse. Semejante a la noción de tecnología del yo (Foucault, 1990: 49), entendida como el “modo en que un individuo actúa sobre sí mismo”, representa un conjunto de prácticas voluntarias y deliberadas por las que el sujeto aspira a transformarse a sí mismo. De esta manera, poner en palabras las vivencias de depresión tiene como finalidad el logro de un cambio personal. En el marco de las culturas terapéuticas, compartir los problemas íntimos en el espacio público es un primer paso en la búsqueda de ayuda e implica reconocer frente a otras/os las vulnerabilidades y el autoconocimiento (Pinheiro, 2019). Contar la propia historia de padecimiento es una forma de darle sentido (Frank, 1997) y al mismo tiempo sirve como descarga, desahogo. Distintos relatos de vida relevados lo ilustran:

“A mí me sirve porque me estoy descargando muchas cosas que tengo acá [se agarra la cabeza], que veo, que todo. Y es muy importante [...] hacer un descargo tanto personal como para ayudar. Y me siento muy aliviado”. (Franco)

“Necesitaba descargarme de alguna manera y volver a mi cama a seguir durmiendo, supongo que seguir derrumbando estigmas, ya no sé”. (Melu)

“Esto [subir videos] a mí me ayuda demasiado; a otra persona también le puede servir”. (Fredari)

“Yo prendo literalmente [la cámara] porque me sana, por eso no dejé de prender *stream*. Yo puedo dejar de hacer contenido y vivir bien. Pero yo no lo hago porque me hace bien a mí. Yo si estoy tres días sin prender, ahí me vienen los pensamientos otra vez, amigo, y me hace pija. Entonces yo necesito prender, distraerme, hablar con ustedes”. (Tomás)

“Me hizo muy bien hablar a la cámara [...] Realmente quiero que llegue a gente y realmente pueda ayudar, porque no por nada me expongo así. Igual es una manera de canalizar la ansiedad; hablar y poner las cosas en palabras y este medio de filmar me está ayudando mucho. Pero también quiero ayudar a otra gente, quiero que por ahí me cuenten sus problemas, poder ayudarlos de alguna

manera, tirarle algunos *tips* que por ahí a mí me han ayudado”. (Karen)

Estos argumentos suelen ser expresados por personas que se encuentran en tratamiento y/o transitando un episodio depresivo. En algunas ocasiones, pueden interpretarse como pedidos de ayuda implícitos o de búsqueda de apoyo frente a los narratarios. Si bien reconocen que ponerlo en palabras y hablar de lo que les sucede les sirve a ellos mismos, al mismo tiempo señalan que lo hacen para ayudar a terceros, e incluso recomiendan hacer videos. De esta manera, sostienen que es útil (aunque sin precisar el porqué) para descargarse emocionalmente, aliviarse, distraerse, canalizar la ansiedad.

### **Ayudar a otras/os y mensajes de esperanza**

El propósito explícito que guía a muchas narraciones analizadas consiste en ayudar a otras personas anónimas y desconocidas que padecen lo mismo o, en menor medida, a familiares y a su entorno cercano. Ayudar es un término recurrente en estas narrativas, aunque carente de un sentido preciso:

“Quizás esté subiendo nuevos videos para ayudar” (Franco)

“Voy a hablar de un tema que se lo he contado a muy pocas personas. Y lo cuento porque, bueno, estoy haciendo estos *podcast* porque quiero ayudar, realmente. Y siento que mi historia va a ayudar mucho, pero a la vez como que me da un poco de pudor contarlo”. (Cebando Flores)

La publicación de videos aparece ligada al propósito de ayudar, pero sin explicitar de qué forma. En los relatos es posible distinguir diferentes modos de colaborar con personas que atraviesan una situación semejante o su entorno. Una forma de ayudar consiste en transmitir un mensaje positivo y esperanzador:

“Si alguna parte conectó conmigo en este relato: a vos te digo; todo va a estar bien, va a pasar, vas a estar bien y vas a volver a ser vos mismo. La depresión no te define, sos mucho más que eso”. (López Linares)

“Hago este video para ayudar a todas aquellas personas que están pasando por un momento feo, algún momento malo, triste, angustiante. Más que nada, darles las fuerzas que yo capaz no esté teniendo y darle una esperanza, más de felicidad, de alegría. [...] Siempre hay un motivo para seguir en este mundo, para aquellos que ya hayan pensado en alguna tontería que no vale la pena”. (Franco)

“Realmente, pensé que no había luz y hay luz, y todo se puede. Se puede salir. Estoy feliz, más feliz que nunca. Veo el cielo, antes miraba para abajo. Veo los diferentes cielos que tiene Buenos Aires para ofrecernos y hay que hacer caso [...] Hacé todo lo que te dicen porque salís. Es así, es verdad”. (Ana)

Las experiencias de depresión profunda están marcadas por la pérdida de esperanzas (Fisher, 2018; Ratcliffe, 2015). La percepción de irrevocabilidad de esos estados, la convicción de que *siempre será así* y el sentimiento de no poder ser ayudado ni entendido conducen a la sensación de que “no hay salida”. Estos videos se dirigen a quienes atraviesan un momento de depresión para infundir esperanzas desde el lugar de alguien que atraviesa el mismo proceso y que se ha recuperado. La depresión aparece como un trastorno que anula al verdadero yo, por eso la alusión a “volver a ser vos mismo”. Los mensajes están orientados hacia un futuro de mejoría, donde “todo va a estar bien”, y a dar “fuerzas” en el presente de la enunciación. También, quien narra se convierte en ejemplo de que “se puede salir”.

### Incentivar a darse cuenta y pedir ayuda

Los relatos biográficos de las personas están impulsados por la intención de que la audiencia tome conciencia del problema y pida ayuda. Esta motivación en gran parte se origina en las dificultades que quienes narran han encontrado para reconocer y solicitar que requieren atención especializada. Para quienes sufren depresión, darse cuenta de que tienen un problema de salud implica un proceso biográfico debido a la naturalización de los malestares, la porosa línea que separa los rasgos de la personalidad de los síntomas y la atribución de los malestares a meras circunstancias exógenas, entre otros factores (Bianchi y Grippaldi, 2024). Además, como sostiene Sampietro (2016), los prejuicios y el estigma internalizado afectan la salud y ofician de barreras para pedir ayuda. Los siguientes testimonios expresan la importancia que asignan a reconocer o darse cuenta de que algo no anda bien y a pedir ayuda:

“Se siente extraño hablar de estas cosas a un público que no me conoce (aunque tenga pocos seguidores) porque me siento vulnerable. [...] Y por ahí, alguien que ve este video se da cuenta que necesita ayuda y puede mejorar [...] Lo único que tengo para decirles es que si conocen a alguien que creen que pueda tener depresión o algún tipo de enfermedad mental, si ustedes mismos sienten que su vida no tiene sentido, tienen pensamiento suicidas, no pueden dormir o duermen de más, no tienen la fuerza para vivir, ni las ganas de seguir viviendo; si sienten un dolor en el pecho que va más allá de cualquier dolor que tuvieron y si sienten que

no tienen un solo momento de descanso porque están todo el tiempo batallando contra ustedes mismos; les pido, por favor, que vayan a buscar ayuda”. (Luna)

“Salí y conté, y la verdad de gente que está [en la misma], porque la depresión es una enfermedad y la tenés que tratar día a día. Yo ahora estoy parada. Pero esta semana hubo días que sí, me costó más. Por eso me gusta decirlo y las veces que sean necesarias: pidan ayuda. O sea, pidan ayuda a profesionales y denle bola a su cuerpo. Que el cuerpo todo el tiempo te está dando señales, porque los órganos están conectados con nuestras emociones”. (Dani)

“Estoy tratando de salvar mi vida y yo espero que vos también lo puedas hacer. Espero que, si te sentís identificado con mi historia, [...] con los síntomas que yo viví y sigo viviendo, en los que sigo luchando, no dudes en ningún momento en buscar ayuda. Si te sentís triste, si estás mal o si te pasó algo, siempre viene bien ir a un... un rato de terapia, al que puedas desahogar tus problemas, a una persona que es un especialista. Que siempre va a haber alguien que te va a escuchar, que te va a ayudar, que te va a dar un consejo o un abrazo. Cada día es un paso que damos, que es lograr salir de este pozo al que nos caemos en algún momento de nuestras vidas y no sabemos cómo salir y parece que cada día se hace más hondo, pero hay quienes nos pueden ayudar, hay quienes pueden lanzarnos esa sogá que pueda sacarnos de este pozo”. (Aylen)

El propósito de estos relatos biográficos consiste en ayudar de dos maneras semejantes. La primera, incentivando a que la audiencia se dé cuenta de si requiere, ella misma o algún allegado, atención externa y presten atención a las señales del cuerpo. La segunda, promoviendo que quienes oyen pidan ayuda, principalmente, profesional, pero también a personas del entorno.

44

### **Ayudar a salir del armario de la depresión**

Ligado a la lógica de incentivar a darse cuenta y pedir ayuda, se encuentra el propósito de publicar para promover la *salida del closet de la depresión*. Ambas motivaciones buscan que el auditorio comunique lo que le pasa, pero esta última no consiste en buscar ayuda sino solo en comunicarlo y ponerlo en palabras frente al entorno. Las personas suelen desarrollar estrategias de ocultamiento de lo que perciben como un estigma desacreditador, produciendo el espacio social del “armario” (Ridge y Ziebland, 2012), pero también tienen dificultades para comunicarlo a quienes los rodean (Fusar-Poli *et al.*, 2023; Ratcliffe, 2015). Frente al aislamiento y al ocultamiento del malestar, las narrativas reivindican la comunicación de lo que les sucede:

“Fue muy silencioso lo mío, estos síntomas de dormir mucho, no tener ganas de hacer nada, es medio silencioso. Pero yo, claro, no le daba bola, porque yo en mi

casa no tenía a nadie a quien comunicárselo, porque con mis amigas no se habla de eso. Y en ese momento no se hablaba. Por eso [...] algo que yo ahora les quiero hacer [son] estos *podcast*. Porque ahora yo siento que se puede hablar [...] que hay que hablar y que hay que comunicar. Tu depre se puede pasar, se puede sobrellevar, si vos lo hablás a tiempo. Si vos no lo hablás, como me pasó a mí, vas a llegar a puntos que me pasaron, que les voy a contar en el próximo capítulo, que puede que no haya vuelta atrás [...] Y por eso es algo que yo quiero compartir, porque siento que se puede salir, pero es muy difícil cuando alguien lo tapa y eso puede empeorarlo muchísimo más [...] Yo tapaba toda la mierda ¿Me explico por qué digo que no hay que tapar? Porque lo que uno tapa, empeora, va creciendo”. (Cebando Flores)

“Cada día era más difícil intentar pensar o hablar con la gente. A mis padres nunca se los comuniqué, preferí hacerlo algo mío e intentar superarlo yo sola. Tal vez ese fue mi error, no comentárselo a nadie y guardármelo yo todo”. (Carmen)

“Yo sé que, si hace seis años hubiese hablado, me hubiese expresado, hubiese sabido que la gente se preocupa por mí, que me quiere, que me apoya, no hubiese llegado a tocar fondo. Entonces creo que hay que hablarlo. Tenemos que expresarnos, tenemos que decir cómo nos sentimos”. (Josefa)

Los relatos destacan que tapar, guardar y ocultar por vergüenza, buscar una solución personal o no encontrar alguien dispuesto a escuchar, provoca un agravamiento del malestar. A veces, quien protagoniza el relato aparece como contraejemplo, recomendando que no hagan lo que hizo: ocultar, no comunicar. También emplean la estrategia retórica de cambiar el relato en primera persona al plural, de un lenguaje narrativo a otro normativo, centrado en qué se debe hacer. En definitiva, invitan y exhortan a sus audiencias a expresarse y contar lo que les sucede a las personas que los rodean.

45

### En contra de minimizar la depresión

Las dificultades de pedir ayuda y salir del armario de la depresión residen, en parte, en autoestigmas y estigmas que anticipan que las personas del entorno juzgarán negativamente lo que les sucede. Uno de estos prejuicios, que aparece con frecuencia vinculado con parte del entorno cuando no de las propias personas que padecen, consiste en minimizar y, de este modo, deslegitimar el sufrimiento asociado a la depresión. Así, en ocasiones, quienes narran lo hacen por el deseo de derribar prejuicios perjudiciales para quienes sufren depresión:

“No estoy cien por ciento recuperada. ¿Y por qué cuento mi experiencia? Porque yo veo que hay personas, y porque me pasó, que subestiman la depresión [...] la



ansiedad [...] cualquier problema relacionado a lo psicológico. Como: «Ay, está exagerando» o «Quiere llamar la atención». Les digo porque a mí me lo dijeron: «Ay, no es tan grave, dejate de joder», o «Ay, qué exagerada» o «Ay, me tenés cansada». Y es horrible que te digan eso, porque encima los que te dicen eso son gente cercana. Entonces, ¿qué pasa cuando hacen eso? Empujan a la persona a quitarse la vida, básicamente. Y yo ayer compartí un video de eso. Porque a mí me pasó que yo me sentía tan frustrada (estoy hablando de antes, cuando era adolescente) [...] que nadie me entienda, que me digan exagerada, que nadie me dé bola, que no encontraba una solución, que no sabía cómo lidiar con tanto dolor encima, con tanta angustia... y por eso yo básicamente quería desaparecer”. (Melania)

“El hecho de la falta de educación y de entender de qué se trata. De entenderme y, por ende, entender a la gente que antes yo no entendía. Porque en muchas ocasiones escuchás decir: «Me siento mal, no puedo con esto, no puedo con lo otro». Y vos decís «¡Qué exageración!». Y lo que me dijeron a mí muchas veces: «Teniendo todo, no valorás». Entonces, una vez que entendés lo que sentís, las sensaciones, las emociones, el no poder, el no poder controlar las emociones, entendés de qué se trata”. (Karina)

Las personas muchas veces han comunicado lo que les pasa, pero encuentran una falta de entendimiento en terceros debido a la desvalorización o a restarle gravedad a lo que les sucede. En otras ocasiones, no comunican porque escuchan lo que dicen quienes los rodean y anticipan que no serán entendidos. También incorporan críticamente discursos que comparan y desmerecen la situación biográfica del protagonista con otros contextos y otras problemáticas humanas. Quienes narran, introducen en sus discursos frases estereotipadas, impersonales, generalmente atribuidas a personas del entorno que, directa o indirectamente, desacreditan la experiencia del protagonista.

El descrédito por exageración es comprensible en padecimientos como la depresión, en el que, justamente, el estado de ánimo es desproporcionado en relación con la situación vital (Sadowsky, 2022). Son las personas que padecen quienes perciben una desviación emocional (Thoits, 1985) basada en la conciencia de inadecuación entre lo que sienten ante eventos externos y lo que deberían sentir, y ello conduce a identificar que tienen un problema de salud. En este contexto, minimizar consiste en restarle el valor o la importancia que una persona atribuye a lo que siente, al considerarlo exagerado o desmedido. Desde las perspectivas de quienes narran, minimizar la depresión —y los afectos asociados— por parte del entorno conduce a percibirse incomprendidas, al ocultamiento de las emociones y, en el extremo, al suicidio. En cierta medida, la minimización y otros prejuicios con efectos

perniciosos para la salud reposan en una falta de comprensión en salud mental que quienes narran buscan atenuar.

### Visibilizar y concientizar

La literatura sobre el tema destaca que las experiencias de depresión están vinculadas a conflictos de entendimiento entre quienes padecen y su entorno (Karp, 2017; Ratcliffe, 2015; Fusar-Poli *et al.*, 2023). Estos desentendimientos ocurren, en parte, por falta de información y desconocimiento sobre el asunto. Quienes cuentan sus experiencias en *YouTube*, también están guiados por el propósito de visibilizar y concientizar sobre la depresión:

“Bueno, eso es un poco el disparador de que yo esté acá, porque en estos diez años de andar en esta, mi familia también aprendió mucho. Al principio no entendían, yo tampoco entendía. Pensaba que era tipo una rebelión. Tipo «Che, dale pibe», tipo adolescente ¿no? «No quiero ir al colegio, [quiero] estar todo el día tirado». «Bueno, está pasando una etapa, una faceta», y fue un tiempo largo darnos cuenta de que no era ninguna faceta y que era un trastorno que había que tratar. [...] Bueno, esto quería contar, que hace unos meses pasé una nueva crisis, una nueva depresión y cuando la estuve superando salí a dar una vuelta con mi hermana [...] Y hablaba de este tema con mi hermana. Y ella me dijo «Bueno, yo también aprendí mucho este tiempo porque no sabía nada del tema, y todavía no sé nada». Y yo le respondo: «Bueno no sabés nada porque nadie sabe nada, y nadie sabe porque mucho no se habla» [...] Uno como persona normal, común, que tenés que hacer un laburo, que tenés amigos, que subís tus fotos a las redes y que das la cara después. No se habla porque hay que saber llevarlo después. Después, tipo en los laburos, no te toman. Tus amigos te miran medio cruzado, «Uh, este es un depresivo, toma pastilla». La gente no sabe cómo tratarte, piensa que estás siempre al borde del precipicio”. (Alexander)

“Decidí hablar sobre este tópico porque un montón de personas consideran esto como tabú y yo en lo personal ya lo tengo normalizado. Entonces, nada, quiero contarles cómo ha sido mi experiencia con la salud mental a lo largo de estos años. Creo que este es el video más como oscuro [hace señas de comillas] de mi canal hasta ahora, pero a la vez es algo que tenemos que empezar a visibilizar muchísimo más”. (Mora)

“Abajo en la cajita de la información voy a dejar toda la información necesaria para poder ayudarte a vos o si necesitás ayudar a algún amigo, familiar, vecino, lo que sea. También voy a dejar *links* acá debajo, de charlas que me ayudaron un montón por ahí a transmitir lo que era depresión, a otras personas que nunca la vivieron”. (Luna)

Lo que impulsa a narrar es la falta de entendimiento de familiares y de quienes padecen, debido a que no se comprende que es un trastorno que hay que tratar. La

falta de información ocurre porque es un tema que no se habla, por las consecuencias que puede tener, porque es considerado tabú. De ahí se deriva la importancia de contar sus experiencias, de brindar información para concientizar a quienes sufren depresión y a quienes acompañan.

### Comunitarizar experiencias de sufrimiento

Internet favorece el intercambio y la identificación entre personas desconocidas que comparten un mismo diagnóstico (Jover-Leal y Grau-Muñoz, 2021; Conrad y Rondini, 2010). En particular, las personas que padecen depresión —una experiencia caracterizada por el aislamiento y la desconexión— encuentran en internet una oportunidad para compartir públicamente narrativas muy íntimas y formar vínculos de apoyo (Kotliar, 2016). Entre las motivaciones para narrar, es frecuente la búsqueda de una “intimidad entre extraños”, expresión de Holroyd que retoma Arfuch (2013: 50). Utilizamos esta expresión para destacar la búsqueda de identificación de quienes narran para gente desconocida que atraviesan o atravesaron por situaciones semejantes.

48

“Realmente quiero ayudar a personas, quiero que no se sientan tan raras porque yo, mi cabeza se mete en alguna que digo: «Ay Dios, estoy loca». Que, bueno, debo estar loca, realmente. Pero, bueno, también sentirme identificada con gente me ayuda mucho porque digo: «Che, no soy la única. Realmente esto pasa, me está atravesando»”. (Karen)

“Entonces, mi video era para contarles mi experiencia, por si alguien está pasando por lo mismo, que sepa que no está solo; que así como yo, hay un montón de gente que pasó por lo mismo”. (Melania)

“Yo por eso siento que hice esos capítulos. Yo siento que también aprendí de gente que vivió cosas parecidas o crecí gracias a haber escuchado a amigos o personas que sufrieron cosas parecidas a la mías. Yo creo que eso me ayudó muchísimo, porque te sentís parte de algo [...] Y yo siento que, si ustedes me escuchan, van a decir «OK, pasé lo mismo o muy parecido a Marian. Me siento parte de esto, me siento parte de una persona que la sufrió mucho, pero puede salir adelante»”. (Cebando Flores)

En algunas ocasiones, la finalidad de la narrativa tiene una doble orientación: que otros se identifiquen con la historia contada, pero también que quien narre sienta identificación a través de comentarios de extraños. Lo que enfatiza este tipo de relato es que no se está sola/o porque muchas personas, incluso quienes narran,

experimentan o experimentaron algo semejante. Poner en común lo privado sirve para que se sientan “parte de algo”, una grupalidad o identidad compartida. Esta noción de tener en común una experiencia de padecimiento contribuye a cuestionar la percepción perjudicial de sentirse negativamente singular, “raro”, “loco”. En estos relatos biográficos, exteriorizan su experiencia de sufrimiento individual y buscan comunitarizar el sufrimiento.

### Consideraciones finales

En un escenario sociocultural atravesado por la expansión del espacio biográfico, las esferas de la intimidad pública y las culturas terapéuticas, sufrir depresión deja de ser una experiencia exclusivamente íntima y se convierte, cada vez más, en pública. En este artículo, describimos y analizamos narrativas biográficas de personas que padecen y/o padecieron depresión y residen en Argentina. Específicamente, focalizamos el análisis en el repertorio de motivaciones e intereses de hacer públicas experiencias íntimas en *YouTube*.

Hallamos que la práctica de relatar las experiencias de depresión está guiada por múltiples finalidades. Una de estas consiste en dar sentido a sus padecimientos, desahogarse. De este modo, a veces contar públicamente constituye un medio para transformarse a sí mismo. No obstante, explícitamente los relatos tienen el propósito de ayudar a otro/as de distintas formas sobre aspectos vinculados a la depresión. Entre estas orientaciones, cabe destacar la transmisión de mensajes de esperanza respecto de un padecimiento donde se suele caer en la desesperanza, colocándose, a veces, el protagonista como ejemplo de alguien *común* que pudo salir adelante.

También los testimonios están motivados por el propósito de contribuir a que quienes padecen depresión o sus allegados se den cuenta y pidan ayuda, porque, como relatan, es difícil reconocer y solicitar asistencia. Además, ante un padecimiento que conduce al ocultamiento y a sentimientos de vergüenza, narran con la intención de que las audiencias comuniquen sus depresiones. Frente a los prejuicios que desacreditan el sufrimiento, las/os narradores/as invitan a no minimizar la depresión. También, ante la consideración de que es un tema tabú, estigmatizado, narran para visibilizar la problemática. Finalmente, frente a vivencias caracterizadas por el aislamiento y la desconexión, las narrativas públicas buscan generar identificaciones y comunitarizar el sufrimiento.

La distinción de las narraciones, según estén motivadas por intereses más *individualistas* o más *colectivistas-comunitarias*, permite identificar que, si bien en cada testimonio suelen combinarse, tienen un marcado predominio estas últimas. En cierta medida, lo que tiende a justificar la producción pública de relatos biográficos sobre la depresión es la orientación hacia destinatarios, bajo la percepción de que, por diversas razones, las narrativas sirven y son útiles para sus narratarios.

En estas formas de exposición pública de lo privado, al menos en el plano discursivo, no aparece una exhibición del yo como gesto narcisista, en la que la vida del protagonista tiene sentido de ser contada por sí misma. También cabe agregar que no todas las finalidades de las narraciones son declaradas y entre estas pueden estar presentes intereses privados asociados al reconocimiento público, obtención de beneficios económicos o tramitar una imagen de sí mismo ante el auditorio. No obstante, quienes narran insisten en el pudor, vergüenza y las consecuencias perjudiciales al contar aspectos íntimos a desconocidos, pero al mismo tiempo enfatizan que sus relatos personales son un medio para ayudar a otros que atraviesan por lo mismo. Las publicaciones de las intimidades biográficas constituyen una forma para ir más allá de lo personal. La transformación de la depresión en experiencia pública a través de las narrativas digitales está impulsada, en gran medida, por el carácter dialógico, la búsqueda de conexión entre iguales, la intimidad entre extraños, encontrar un sentido de pertenencia, recibir y dar apoyo y descubrir historias que posibiliten entender las propias.

En este artículo, abordamos las motivaciones de quienes narran sus experiencias personales. Para complejizar las indagaciones sobre las intimidades públicas de la depresión, creemos que una vía analítica de especial interés a explorar en futuras investigaciones consiste en analizar los usos de estas narrativas digitales del yo a través, principalmente, de las respuestas y comentarios del público.

## Referencias bibliográficas

- ARFUCH, Leonor. (2005a). Cronotopías de la intimidad. En Leonor Arfuch (comp.), *Pensar este tiempo*, pp.237-290. Buenos Aires: Paidós.
- ARFUCH, Leonor. (2005b). Problemáticas de la identidad. En Leonor Arfuch (ed.),





- Identidades, sujetos y subjetividades*, pp. 21-44. Buenos Aires: Prometeo.
- ARFUCH, Leonor. (2010). *El espacio biográfico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ARFUCH, Leonor. (2013). *Memorias y autobiografía*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ARFUCH, Leonor. (2018). *La vida narrada. Memoria, subjetividad y política*. Villa María: Eduvim.
- BAJTÍN, Mijaíl. (1999). *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- BECKER, Howard. (1971). *Los extraños*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo. (Edición original, 1963.)
- BIANCHI, Eugenia y GRIPPALDI, Esteban. (2024). “«Transitar lo terrenal». Narrativas sobre depresión en YouTube (Argentina, 2022-2023)”. *Estudios de Sociología*, 29-1, 17-39.
- BLANCO, Rafael. (2011). “Intimidación pública y experiencia estudiantil. Regulaciones y subversión de las normas sexo- genéricas en la Universidad”. *Revista de la Escuela de Ciencias de la Educación*, 6, 87-100.
- BLANCO, Rafael. (2014). “Intimidaciones públicas: experiencia estudiantil y normatividad sexo genérica”. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 8-1, 157-170.
- BRINKMANN, Svend. (2016). *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*. London - New York: Routledge.
- CASTRO, Bruno y BRANDÃO, Elaine. (2020). “Circulación de información sobre medicamentos y otras sustancias para aumentar el rendimiento cognitivo: un estudio de un blog brasileño (2015-2017)”. *Salud Colectiva*, 16, 1-17.
- CONRAD, Peter; BANDINI, Julia; y VASQUEZ, Alexandria. (2016). “Illness and the Internet: From Private to Public Experience”. *Health*, 20-1, 22-32.
- CONRAD, Peter y RONDINI, Ashley. (2010). The Internet and Medicalization. En Elizabeth Ettore (ed.), *Culture, bodies and the sociology of health*, pp.107-120. Farnham, U. K.: Ashgate.
- CONRAD, Peter y STULTS, Cheryl. (2010). Internet and the experience of illness. En Cloe Bird; Peter Conrad; Allen Fremont (eds.), *Handbook of Medical Sociology*. pp. 179-191. Tennessee: Vanderbilt University Press.
- CORNODE, Graham y KRISHNAMURTHY, Balachander. (2008). “Key differences between Web 1.0 and Web 2.0”. *First Monday*, 13-6, sin paginación.



- EHRENBERG, Alain. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FISHER, Mark. (2018). *Los fantasmas de mi vida*. Buenos Aires: Caja Negra.
- FLICK, Uwe. (2015). *El diseño de la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- FOUCAULT, Michel. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- FRANK, Arthur. (1997). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago - London: University of Chicago.
- FREIDSON, Elliot. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- FUREDÍ, Frank. (2004). *Therapy Culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age*. London - New York: Routledge.
- FUSAR-POLI, Paolo; ESTRADÉ, Andrés; STANGHELLINI, Giovanni; ESPOSITO, Cecilia María; ROSFORT, René; MANCINI, Milena; NORMAN, Peter; CULLEN, Julieann; ADESINA, Miracle; BENAVIDES JIMENEZ, Gema; DA CUNHA LEWIN, Caroline; DRAH, Esenam; JULIEN, Marc; LAMBA, Muskam; MUTURA, Edwin; PRAWIRA, Benny; SUGIANTO, Agus; JALETA, Teresa; WHITE, Lawrence; DAMIANI, Stefano; VASCONCELOS, Candida; BONOLDI, Ilaria; POLITI, Pierluigi; VIETA, Eduard; RADDEN, Jennifer; FUCHS, Thomas; RADCLIFFE, Matthew; y MAJ, Mario. (2023). "The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics". *World Psychiatry*, 22-3, 352-365.
- GLASER, Barney y STRAUSS, Anselm (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- GOFFMAN, Erving. (1998a). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, Erving. (1998b). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOOD, Byron. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- GRIPPALDI, Esteban. (2023). *Contar las pasiones tristes*. Buenos Aires: Teseo.
- HARDEY, Janet. (2002). "«The Story of My Illness»: Personal Accounts of Illness on the Internet". *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness, and Medicine*, 6-1, 31-46.
- HUERTAS, Rafael. (2020). *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Catarata.
- JOVER-LEAL, Assumpta y GRAU-MUÑOZ, Arantxa. (2021). "«¿Qué hago? ¿Me recomiendan algo?». Comunidades virtuales y agorafobia". *Revista de Antropología*

*Social*, 30-1, 13-25.

JUTEL, Anne Marie y NETTLETON, Sarah. (2011). "Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities". *Social Science & Medicine*, 73, 793-800.

KARP, David. (2017). *Speaking of sadness. Depression, disconnection, and the meanings of illness*. Oxford: Oxford Press.

KOTLIAR, Dan. (2016). "Depression Narratives in Blogs: A Collaborative Quest for Coherence". *Qualitative Health Research*, 26-9, 1203-1215.

MECCIA, Ernesto. (2019). Cuéntame tu vida. Análisis sociobiográfico de narrativas del yo. En Ernesto Meccia (ed.), *Biografías y sociedad*, pp.63-96. Buenos Aires: Ediciones UNL y Eudeba.

O'BRIEN, Mary y CLARK, David. (2010). "Use of unsolicited first-person written illness narratives in research: Systematic review". *Journal of Advanced Nursing*, 66-8, 1671-1682.

OMS/OPS. (2017). *Hablemos de depresión*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2017-depresion-hablemos-dice-oms-mientras-depresion-encabeza-lista-causas-enfermedad> [consulta: febrero de 2022].

PAPALINI, Vanina. (2014). "Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad". *Methaodos. Revista de Ciencias Sociales*, 2-2, 212-226.

PAPALINI, Vanina. (2015). *Garantías de felicidad. Estudio sobre los libros de autoayuda*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.

PARSONS, Talcott. (1966). *El sistema social*. Madrid: Revista de Occidente. (Edición original, 1951.)

PINHEIRO, Bianca. (2019). *Depressão, testemunho e subjetividade: relatos autobiográficos de indivíduos classificados como depressivos na internet*. Tesis de Maestría en Comunicación y Cultura, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PLUMMER, Kenneth. (2001). *Documents of Life 2*. New York - London: Sage.

POLLAK, Michael. (2006). *Memoria, olvido, silencio*. La Plata: Al Margen.

RATCLIFFE, Matthew. (2015). *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.

RIDGE, Damien. (2018). "Making sense of the evolving nature of depression narratives and their inherent conflicts". *Subjectivity*, 11-2, 144-160.

RIDGE, Damien y ZIEBLAND, Sue. (2012). "Understanding depression through a «coming out» framework". *Sociology of Health and Illness*, 34-5, 730-745.

53

SADOWSKY, Jonathan. (2022). *El imperio de la depresión. Una nueva historia*. Madrid: Alianza.

SAMPIETRO, Hernán. (2016). "Del diagnóstico al activismo, un proceso personal de empoderamiento". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36-129, 193-207.

SIBILIA, Paula. (2012). *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

SONTAG, Susan. (2008). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Debolsillo.

STANLEY, Liz. (2013). Introduction: Documents of Life and Critical Humanism in a Narrative and Biographical Frame. En Liz Stanley (ed.), *Documents of life revisited*, pp. 3-16. London: Routledge.

STRAUSS, Anselm y GLASER Barney (1975). *Chronic illness and the quality of life*. Saint Louis: Mosby.

STYRON, William. (2015). *Esa visible oscuridad. Memoria de la locura*. Santiago de Chile: Hueders.

THOITS, Peggy. (1985). "Self-Labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance". *American Journal of Sociology*, 91-2, 221-249.

TOTAL MEDIOS. (2023). *YouTube: hábitos de consumo de video en Argentina durante 2023*. Disponible en: <https://www.totalmedios.com/nota/54194/youtube-habitos-de-consumo-de-video-en-argentina-durante-2023> [consulta: febrero de 2024].

54