



Mi Universidad

Diseño Grafico

Taller de Creatividad

Proceso de Diseño

María Eugenia Pedruezca Cano

Dafne Isabel Sosa Jiménez

La depresión constituye un grave problema de salud pública que requiere mayor y mejor atención. En el presente ensayo revisamos el panorama epidemiológico de la depresión en adolescentes de México y discutimos algunas estrategias para su detección temprana y atención oportuna.

La sintomatología depresiva es prevalente en jóvenes y adultos en México, como en muchos otros países, con una mayor proporción de casos entre las mujeres. Los jóvenes en condiciones sociourbanas más conflictivas muestran tasas más elevadas de depresión.

Si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayores que en las mujeres. El estigma hacia la depresión en los hombres puede conducir a que se intente enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo. Las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, pero en los hombres los intentos son más letales. Las tasas de suicidio consumado en varones son más altas en la mayoría de los países del mundo, y México no es la excepción. Pese a las barreras y escasos recursos en las instituciones de salud y educación, será necesario continuar desarrollando alternativas que permitan una mejor atención de la problemática de salud mental en la población joven, aun cuando sus necesidades no puedan ser expresadas directamente o que los motivos de consulta sean "otros", frecuentemente enmascarados por conductas problemáticas, como la violencia y las adicciones, entre otras.

¿Qué es la depresión?

Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Se refieren a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad.

De este modo, dichos trastornos se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras. Si bien las investigaciones científicas ofrecen nuevos elementos para comprender mejor la etiología de los trastornos depresivos, aún quedan preguntas fundamentales por resolver. Por ejemplo, algunos estudios identifican factores individuales, tales como la carga genética, traumatismos psíquicos y/o accidentes vasculares, mientras que otros subrayan la importancia de factores psicosociales, como los eventos de vida y las crisis económicas y políticas, entre otros; o bien, la interacción de diversos factores de manera compleja y que difícilmente pueden ser resueltos con abordajes exclusivamente enfocados en el individuo. Las marcadas diferencias en la incidencia de los trastornos depresivos entre países y regiones hacen ver que estos, como muchos otros problemas de salud, no se distribuyen de manera aleatoria. La relativa escasez de conocimientos no significa que necesariamente el planteamiento sea inadecuado, sino únicamente la necesidad de seguir desarrollando métodos e investigaciones que permitan refutar o esclarecer la etiología del problema.

Esta discusión es importante, pues impacta de manera específica en lo que se refiere a la identificación y atención de la depresión en la población adolescente. Por ejemplo, un estudio reciente encontró diferencias importantes en los síntomas de depresión entre adolescentes y adultos mayores, con mayores tasas de ideación suicida entre los adolescentes y mayores tasas de síntomas somáticos en los adultos mayores. Sin embargo, más allá de las manifestaciones particulares que todavía están por ser mejor comprendidas, la depresión constituye un grave problema de salud pública por su impacto en las personas y en la sociedad, que requiere mayor y mejor atención. En el presente ensayo se revisa el panorama epidemiológico de la depresión en adolescentes de México y se discuten algunas de sus características e impacto. La literatura tiende a analizar con mayor detalle la depresión entre mujeres adultas y niñas, por lo que en el presente trabajo la atención acerca del problema se centra en los hombres adolescentes y en las diferencias con las mujeres.

2 Determinantes socio-estructurales de la salud

La distribución del ingreso, las políticas públicas, la inversión en educación y salud son ejemplos de factores sociales estructurales que afectan la salud de las poblaciones. La salud y la enfermedad no se distribuyen aleatoriamente entre la población, sino de acuerdo con diversos factores individuales, familiares y sociales. Ahora bien, más allá de la importancia de las conductas individuales orientadas a la protección de la salud y la vida, diversos reportes compilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegaron a la conclusión de que existen factores estructurales que, en última instancia, determinan la situación de la salud de las poblaciones. Aun cuando la higiene personal y los conocimientos en salud tienen una importancia fundamental en el bienestar individual, lo cierto es que los llamados determinantes socio-estructurales de la salud gobiernan la mayor parte de las situaciones en salud en lo que a poblaciones se refiere. Las transiciones epidemiológicas dan cuenta de cómo los factores socio-históricos impactan los perfiles sanitarios de las poblaciones.

Por ejemplo, considérense los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares que realizó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2010, de los cuales el periodista e investigador Lorenzo Meyer destaca que en México el 20% más rico recibió el 50.1% de todo el ingreso nacional, en tanto que el 20% más pobre recibió únicamente el 5%, o sea, la décima parte. Esta disparidad en la distribución de los ingresos se puede comprender más fácilmente si se considera que en 2009 la parte del ingreso nacional para los asalariados fue el 32.5%, en tanto que las utilidades de las empresas representaron el 68.2%. Estas marcadas desigualdades son importantes en sí mismas pues afectan de manera directa las oportunidades y acceso a vivienda, alimentos, educación, así como a los servicios de salud, lo que no solamente impacta a la población adulta sino también a los niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, y genera un ambiente social inadecuado para las necesidades de la población en general. Por ejemplo, datos reportados por el periodista Ricardo Rocha muestran que más de 7 millones de jóvenes en México ni estudian ni trabajan. Llama la atención el marcado incremento de la tasa de delincuencia juvenil y encarcelamiento en los últimos años, contrastando que "...a nuestros jóvenes les cerramos las escuelas por falta de cupo, pero les abrimos las cárceles pese al sobrecupo".

Este es el contexto macrosocial en el que los trastornos emocionales ocurren en México que, como veremos, tiene consecuencias específicas en todos los ámbitos de la vida.

3Epidemiología de la depresión en México

Entre 2001 y 2002 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que es representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad. Se les entrevistó en sus hogares con el Composite International Diagnostic Interview (CIDI), el cual es un instrumento diagnóstico computarizado alineado con los criterios de la OMS y de la Asociación Psiquiátrica Americana establecidos en el DSM-IV. Los resultados indicaron que la prevalencia del EDM alguna vez en la vida fue del 7.2%, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre (9.8% y 4.4%, respectivamente). Los análisis para identificar la edad de inicio de este trastorno mostraron que el 2% de la población adulta mexicana había padecido un EDM durante la infancia y/o la adolescencia, con un predominio mayor de mujeres de casi 3:1 (2.8% y 1.1%, respectivamente). Visto desde otro ángulo, entre toda la población adulta que ha padecido un EDM alguna vez en su vida, el 27.5% lo tuvo antes de los 18 años de edad. Cabe señalar que la probabilidad de tener un siguiente EDM fue 1.8 veces mayor entre quienes iniciaron en la niñez o la adolescencia. Las personas con EDM temprano tuvieron el doble de episodios a lo largo de su vida en comparación con quienes su inicio fue en la adultez (6.8 vs 3.1 episodios, respectivamente). Es obvio que, si las personas recibieran tratamiento en su primer EDM, sería menos probable que padecieran otro. De hecho, los resultados de la ENEP mostraron que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debió a la falta de detección temprana y tratamiento oportuno, y no solo por haberse iniciado en la infancia o la adolescencia.

En 2005 se llevó a cabo la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de la Ciudad de México, con el mismo método que la ENEP. La prevalencia de EDM durante el último año en los adolescentes fue del 4.8%, mayor a la reportada por la ENEP en adultos: el 1.1% en hombres y el 2.8% en mujeres. Por otro lado, la prevalencia del conjunto de los trastornos de ánimo (TA) en los adolescentes durante el último año fue del 7.8%. Al analizar esta información según la ocupación de los adolescentes (estudia y/o trabaja, o ninguna), se observó que la prevalencia de los TA fue menor en quienes solo estudiaban (5.5%), y fue aumentando en quienes estudiaban y trabajaban (10.1%), en quienes solo trabajaban (11.3%), y aún mayor entre quienes no estudiaban ni trabajaban (13.3%).

Como se ha observado, los datos hasta aquí reportados han derivado del instrumento diagnóstico CIDI, cuyo modo de aplicación es mediante una entrevista en formato computarizado, y cuyo personal requiere haber sido capacitado y certificado previamente. Ello elimina ciertos sesgos que afectaron investigaciones previas.

A continuación, se presenta una revisión de los resultados obtenidos en una población de adolescentes en México con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD). Este es un instrumento de tamizaje originalmente diseñado para detectar probables casos de depresión en población adulta, que actualmente es utilizado en diversas poblaciones de varias partes del mundo. Como instrumento de tamizaje es económico en material y tiempo de aplicación (consta de 20 reactivos) y es autoadministrable, además de que permite detectar sintomatología depresiva elevada o malestar depresivo.

Un primer estudio realizado en México, en 1999, con estudiantes de secundaria de 12 a 15 años de edad, aplicando la CES-D, permitió identificar una prevalencia del 16.3% de sintomatología depresiva elevada ('malestar depresivo', de acuerdo con la definición conceptual de Angold, y cuyo punto de corte se establece para cada sexo de acuerdo con la media más desviación estándar), con una proporción ligeramente mayor en las mujeres (18.2%), que en los varones (14.4%).

Posteriormente, se realizaron otros estudios con dos cohortes (2002 y 2006), también con estudiantes de secundaria entre 12 y 15 años de edad en el Centro Histórico de la Ciudad de México, aplicando la versión revisada de la CES-D (CES-D-R), otro instrumento de tamizaje que incorporó 15 reactivos adicionales a la versión original de la CES-D y extendió el tiempo de evaluación a dos semanas, a fin de evaluar conforme a los criterios diagnósticos del EDM establecidos en el DSM-IV mediante un algoritmo computarizado. Los resultados obtenidos indicaron que el 8.2% de los estudiantes cursaba con un probable EDM, con predominio de las mujeres en proporción de 5 a 1 (13.5% y 3.8%, respectivamente). Las categorías de "altamente probable EDM" y "probable EDM" conjuntaron el 12.3% global, con una proporción cercana a 1:1 entre mujeres y hombres (12.9% y 11.7%, respectivamente). La categoría de "depresión subclínica" se identificó en casi la tercera parte de la población escolar, en el 31.5%, y una prevalencia del 36.6% para las mujeres y del 27.3% en los varones. Esto puso de manifiesto síntomas notorios de depresión que no rebasaron el umbral clínico necesario para establecer un diagnóstico de EDM, pero que indicaron la presencia de problemas emocionales de importancia que requieren prevención.

Al analizar, en conjunto, la información de estudiantes de secundaria en planteles distribuidos por el estado de Michoacán y del Centro Histórico de la Ciudad de México, se observó que la prevalencia de síntomas clínicos de EDM fue del 12.4%, con predominio en las mujeres del 17.8% y en los hombres del 7.7%. La prevalencia de estudiantes con síntomas en el umbral subclínico que requirieron un tipo de atención preventiva fue de poco más de la cuarta parte de la población escolar (con el 27.3%), y en proporción cercana de 1:1 entre hombres y mujeres (con el 28.5% y el 25.9%, respectivamente).

En una encuesta con estudiantes de bachillerato, en el estado de Sonora, se identificó una prevalencia de malestar depresivo del 10.5%, con una proporción de 2 mujeres por cada varón (13.6% y 6.4%, respectivamente).

Implicaciones de la depresión entre los adolescentes

El EDM puede presentarse con otros trastornos. Quienes lo padecieron en la niñez y/o adolescencia tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. Además, quienes padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse.

Ahora bien, es importante entender las diferencias en las tasas de depresión por sexo. El sexo, en sentido biológico, es distinto que el género, que corresponde más bien a la socialización del rol y se refiere a las conductas, actitudes, emociones, conocimientos y valores socialmente definidos y, en ese sentido, a los estereotipos que definen la masculinidad y la femineidad. Por ejemplo, el rol

social masculino se asocia con conductas instrumentales (expresar enojo, pero no tristeza) mientras que en las mujeres se asocia con aspectos emocionales (expresar tristeza, pero no enojo). Una de las áreas de gran interés contemporáneo es cómo se intersecan las características de sexo biológico con el rol socializado de género, ya sea exacerbando o mitigando el riesgo de depresión y sus síntomas asociados.

Al respecto, el marco conceptual desarrollado por Raffaelli y Ontai, en el que incluyen nociones como familismo, machismo y marianismo, podría resultar productivo para comprender el impacto de la intersección entre sexo biológico y género en el estudio de la depresión. El diferenciar los aspectos adaptativos de los mal adaptativos con respecto al rol de género socializado podría ayudar a prevenir y tratar la sintomatología depresiva, ya que los aspectos ligados al rol de género son mucho más maleables que el sexo biológico. Por ejemplo, si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayor que en las mujeres. Considérese, entre otros factores, que el estigma hacia la depresión en hombres puede conducir a que se intenten ocultar o enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo, como involucrarse en actos violentos, temerarios, o de intento de suicidio, que, si bien legitiman su 'masculinidad', lo hacen a un elevado costo. Es cierto que las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, pero también que en los hombres los intentos son más letales.

La evidencia empírica señala, con relativa amplitud, que el sexo femenino es afectado de mayor manera por la depresión en cualquiera de sus manifestaciones. No obstante, vale la pena reflexionar si está marcada diferencia se debe a cómo están contruidos los instrumentos de evaluación, tamizaje y diagnóstico. Es probable que la forma en la que se evalúan algunos de los componentes de la depresión lleve a subestimar las respuestas depresivas más típicas del género masculino. Un trabajo mostró que, ajustando por nivel de depresión, los adultos mayores tenían menos probabilidad de reportar síntomas de tristeza que las mujeres de la misma edad, aun por nivel de depresión. Sin embargo, un trabajo más reciente no encontró evidencia de que la diferencia en las tasas de depresión por sexo fuesen debidas a que los hombres en general (no solo los adultos mayores) tengan menor probabilidad de reportar síntomas depresivos cuando los tienen. ¿Será que los hombres sienten menos tristeza? ¿Es que la depresión se expresa distinta por género, o que, como "buenos machos", los hombres niegan sus dolores y se les dificulta reconocer su tristeza?

El hallazgo de que los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes entre los adolescentes que no estudian ni trabajan subraya que la pertenencia a un rol ocupacional conlleva implicaciones en el estado emocional. Tomando en cuenta que en estas edades la ocupación de estudiante es la más predominante en zonas urbanas como la Ciudad de México, y que la condición adicional de trabajar o solo trabajar está estrechamente relacionada con la falta de recursos económicos, resulta que, en este orden de ideas, no estudiar ni trabajar pone en evidencia una problemática social que permea a lo emocional. Por ello, la responsabilidad corresponde tanto al sector salud como a los otros sectores que modulan también el desarrollo de los jóvenes y su entorno: el educativo, el de los medios masivos de comunicación, el laboral, y el legal, entre otros. Enfocar el problema desde múltiples sectores puede permitir 'ver el panorama completo' y con ello, los esfuerzos pueden resultar más fructíferos.

Mientras los adolescentes y jóvenes aún sean estudiantes, el sistema escolar se configura como un espacio de oportunidad para la promoción del bienestar, la detección temprana de los problemas de salud mental y su referencia oportuna a tratamiento. Sin embargo, resulta imprescindible la conjunción de esfuerzos del sistema educativo y del sistema de salud para optimizar la calidad de vida de los estudiantes, al menos en una de las perspectivas, pues las escuelas insertas en su contexto social no pueden solas, y requieren del apoyo de los recursos responsables de la salvaguarda de las zonas circundantes y de la calidad socioeconómica de sus habitantes.

Cabe señalar que los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. En México, es requisito que estén acompañados de, al menos, el padre/madre o tutor(a) adulto para recibir atención en problemas de la salud, incluidos los emocionales. A diferencia de los trastornos de la conducta o del déficit de atención con hiperactividad, que suelen provocar molestias a los padres de familia y/o a los maestros, los niños y adolescentes con trastornos depresivos muchas veces pasan desapercibidos. El reto es establecer sistemas de vigilancia epidemiológica para el monitoreo temprano de las necesidades de salud mental, y establecer campañas de atención oportuna y promoción y mantenimiento de la salud mental. Existe evidencia suficiente para considerar la pertinencia del uso de la CES-D para detectar sintomatología depresiva elevada/malestar depresivo, así como la CES-D-R como herramienta de tamizaje diagnóstico para la detección de probables casos de EDM dada su adecuación y efectividad, además de ser instrumentos prácticos, económicos y de fácil aplicación.

Título: "Donde el Silencio Pesa Más"

Estado de ánimo: Depresión profunda

A veces, lo más pesado no es el cuerpo, sino el simple hecho de estar despierto.

Elena solía ser distinta. Lo sabía por las fotos antiguas: una sonrisa real, ojos vivos, la postura erguida. Ahora, cada mañana era una lucha contra una gravedad invisible. Se despertaba con el cuerpo entumecido, como si llevara un abrigo mojado desde el alma hasta los huesos.

No sabía en qué momento exacto había empezado a desaparecer. No fue un evento, ni un trauma concreto, sino una lenta evaporación. Primero fue la energía. Luego el interés. Después, las palabras.

Comía menos. Dormía más, pero peor. Su piel perdió brillo. Su cabello empezó a caer en mechones que encontraba en la almohada. No lloraba: ya no tenía lágrimas. Su mente se había convertido en una habitación oscura con las ventanas cerradas y las cortinas echadas. Solo se escuchaban pensamientos apagados que repetían cosas como: *"Esto no va a mejorar. Ya no importas. Nadie lo notaría."*

Su familia notaba que estaba "distinta". Le decían que saliera más. Que se arreglara. Que todo era cuestión de actitud. Pero ella apenas tenía fuerza para levantarse de la cama. Se volvió experta en fingir: "Estoy cansada." "Estoy ocupada." "Solo necesito dormir un poco más."

Una noche de invierno, sentada en el suelo del baño, con la cabeza entre las rodillas, pensó en terminar todo. El pensamiento no la asustaba. Era una idea que venía y se iba, como una marea negra. Esa noche, sin embargo, se quedó más tiempo. *"Solo quiero descansar. Solo quiero que esto pare."*

Pero no lo hizo.

No por esperanza. Sino por duda.

Una mínima duda.

"¿Y si, aunque sea mínima, queda una posibilidad de que vuelva a sentir algo?"

Al día siguiente pidió ayuda. No fue una conversación bonita. No tuvo palabras perfectas. Solo un mensaje, apenas legible:

"No estoy bien. Necesito hablar."

No fue magia. No mejoró en una semana. Pero era un principio. Alguien la escuchó. No intentaron arreglarla, solo se quedaron. A veces, eso basta.

Hoy, meses después, todavía tiene días grises. Pero también algunos con luz. La diferencia es que ya no está sola en la habitación oscura.

Parte 2: El Vacío

Elena había dejado de sentirse a sí misma hacía tiempo. Si alguien le preguntara qué le gustaba, no tendría una respuesta. Si alguien le pidiera que hablara de su futuro, se quedaría en silencio, mirando hacia un horizonte que ya no existía.

La casa era igual que siempre. Las paredes desnudas, los muebles viejos, la luz que entraba de manera indiferente a través de las cortinas desordenadas. Pero todo en ella parecía más lejano, como si un filtro gris hubiera cubierto cada rincón. Incluso el aire se sentía pesado, como si le costara respirar, como si el mismo espacio la estuviera aplastando lentamente.

Cada mañana, al abrir los ojos, el cuerpo le dolía. No de manera concreta, sino como si algo estuviera mal por dentro, como si su propia carne fuera ajena a ella. A veces sus dedos se sentían tan fríos que temía no poder moverlos. Otras veces, su rostro estaba hinchado por el llanto o por el insomnio, y su mirada era tan vacía que no sabía si aún se reconocía frente al espejo.

El cabello, antes brillante y sedoso, ahora caía sin control, y en la ducha se formaban charcos de tristeza en el fondo. Sus ojos, aquellos que antes reflejaban una vida llena de colores, ahora estaban apagados, opacos, como si la luz hubiera decidido irse a vivir a otro cuerpo, a otro rostro. Cada vez que los miraba, le costaba recordar quién era, qué había sido antes de todo esto.

La alimentación se volvió un esfuerzo vano. Ya no tenía hambre. Comía por obligación, como si mantener el cuerpo vivo fuera una tarea tediosa, un recordatorio constante de que no podía renunciar. Las comidas eran simples, las porciones pequeñas. A veces, no comía nada. Y luego,

cuando el hambre se volvía insoportable, se permitía un bocado sin placer alguno, con la sensación de que la comida era solo otro acto vacío en un día lleno de vacíos.

La mente era aún más cruel que el cuerpo. Los pensamientos venían y se iban como tormentas, rápidos e intensos. Se formaban en espiral, como voces que susurraban, cuchicheaban, y luego se mezclaban en un rugido:

"No hay salida." "Es inútil. Ya no hay esperanza." "Nadie te necesita. Nadie te ve."

A veces, Elena se preguntaba si de verdad alguien notaría si se desvaneciera. Si se fuera, como la niebla que se disuelve al amanecer. ¿Alguien realmente lo sentiría? ¿O simplemente desaparecería, como se disuelven los recuerdos de la niñez que se olvidan con el paso del tiempo?

Sentía que no quedaba nada de ella. Ni rastro. Solo un vacío helado, una sensación persistente de estar atrapada en una jaula sin barrotes. Y cuando la desesperación la invadía, el pensamiento de la muerte, callado y cruel, volvía a visitarla. No era un deseo activo, pero sí una opción. Un respiro que no le causaba miedo, sino alivio. ¿Qué era más doloroso? ¿Vivir o dejar de vivir?

Se levantó de la cama, con las piernas temblorosas, y caminó hasta el ventanal. Afuera, el mundo seguía como siempre: el sol se escondía tras las nubes grises, las hojas de los árboles caían lentamente, pero nadie parecía detenerse a ver. Nadie veía lo que pasaba dentro de ella. Nadie veía la tormenta que la arrasaba desde adentro.

Pensó en la opción. En dejarse llevar por esa idea que se había convertido en una sombra constante. En tomar esa decisión que parecía ser el único descanso posible. Pero entonces, un pequeño sonido, apenas un susurro, le devolvió la conciencia.

"Tal vez mañana. Tal vez mañana todo esto pase."

Esa idea se plantó en su mente como una semilla pequeña. No era esperanza, pero era un pensamiento que le ofrecía un resquicio de espacio para algo diferente. Algo más allá de su dolor.

Salió a caminar esa tarde, con el cuerpo agotado, la mente dispersa, pero al menos fuera de las cuatro paredes que la asfixiaban. El viento frío la golpeó en la cara, pero al menos sintió algo. El contacto con el mundo exterior, por más insignificante que fuera, parecía tan lejano y tan necesario al mismo tiempo.

Parte 3: El Resquicio de Luz

Elena empezó a ir a terapia. Al principio, lo hacía por obligación, como quien va a una cita médica sin mucha esperanza de encontrar una cura. Pero algo sucedió. Algo que no podía explicarse de inmediato, pero que se sentía. El terapeuta no la presionó para hablar. Solo le ofreció espacio, y Elena, de alguna manera, empezó a hablar. No sobre grandes eventos, sino sobre lo cotidiano, lo que le parecía insignificante. Pero, al hacerlo, se dio cuenta de que las palabras, aunque cargadas de dolor, comenzaban a liberar un poco de la opresión que sentía. Empezó a sentir que, aunque fuera un poquito, al menos alguien la estaba escuchando.

De vez en cuando, un rayo de sol llegaba a su vida. No en forma de solución inmediata, pero sí en momentos pequeños. Cuando su madre la llamaba para preguntarle cómo estaba y Elena podía, por fin, decir que había tenido un buen día. O cuando un amigo, sin decir nada, la invitaba a tomar un café y se sentaban en silencio, compartiendo la compañía.

Y, por primera vez en mucho tiempo, Elena dejó de pensar en la muerte como una salida. No porque estuviera curada, sino porque, quizás, había algo dentro de ella, una chispa diminuta, que aún luchaba por no apagarse por completo.

El camino seguía siendo largo. La oscuridad todavía la rodeaba a menudo. Pero ahora, de alguna forma, había algo más. Algo pequeño. Algo real. Un resquicio de luz.

