

AL BORDE DEL ABISMO: CONFIGURACIÓN DE SUBJETIVIDADES DE  
MUJERES CON DEPRESIÓN

LUISA FERNANDA ARIAS LOAIZA

Trabajo para optar al título de socióloga

NORA EUGENIA MÚÑOZ FRANCO

Trabajadora social

Ph.D Salud Pública

Asesora

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

MEDELLÍN

2019

Agradecimiento entrañable a:

Mis padres por sus cuidados, amor infinito, apoyo constante y  
lucha incansable por ofrecerme lo mejor de la vida.

Mi hermana, compañera de juegos, mundos fantásticos y  
noches de tormenta.

Alejandro, por su incondicional apoyo e impulso férreo para  
seguir mi pasión y no perder el norte.

Nora, mi guía en este proceso de construcción y aprendizaje,  
enseñándome a confiar en mis propias construcciones.

Al semillero de investigación

*Educación, ciudadanía y conflicto en América Latina y el Caribe,*

espacio para continuar con mi formación investigadora,  
reafirmar conocimientos y crear amistades.

Alma Mater, profesores, compañeros y amigos,

Porque las experiencias compartidas marcaron nuestras vidas permanentemente.

Este trabajo y el resto de mi carrera profesional,

está dedicada a Hamilet, mi madre.

La mujer más fuerte que conozco, persistente, valiente,

infatigable, cómplice y devota de mi crianza.

*No fue en vano, mami.*

“Necesito almas que reflexionen. Lo que más teme el ser humano es que su vida carezca de sentido. Después de todo, nuestra vida es una constante búsqueda de significado.” Svetlana Alexiévich

## **Resumen**

Esta investigación devela las subjetividades de un grupo de mujeres con depresión que habitan en la ciudad de Medellín, entendiendo que estas subjetividades son las que median en las interacciones entre los sujetos y la estructura social, la depresión actúa como un dinamizador de las situaciones que construyen la cotidianidad.

La depresión es el trastorno mental más frecuente e incapacitante en el mundo y las mujeres lo viven dos veces más que los hombres, lo que lleva a pensar en cuáles son los determinantes sociales que llevan a que las mujeres se vean mayormente afectadas por este trastorno. Las perspectivas de las mujeres participantes fueron captadas a través de las narraciones de sus historias de vida y del análisis microsociológico, comprendiendo que la cultura en la cual se está inmerso y las condiciones de vida materiales, hacen parte de la constitución de las identidades.

## **Palabras claves**

Subjetividades, depresión, mujer, perspectiva de género

## **Summary**

This research reveals the subjectivities of a group of women with depression who live in the city of Medellín, acknowledging that these subjectivities are what conciliates in the interactions between the individual and the social structure, where depression operates as a stimulant for the construction of everyday.

Depression is the most frequent and disabling mental disorder in the world and women's life are twice of affected than men, which leads to question, what are the social determinates for living this reality? The perspectives of the participating women were captured through the narrations with the life history research method and the microsociological analysis, understanding that the culture in which they are immersed and the material conditions of their lives are part of the identity construction.

## **Keywords**

Subjectivities, depression, woman, gender perspective

## **Contenido**

Planteamiento del problema	10
Objetivos	25
Objetivo general	25
Objetivos específicos	25
Diseño metodológico	26
Preparación	27
Campo	28
Elementos de análisis	29
Consentimiento informado verbal	31
Procesamiento de la información	32
Presentación de los datos: Monólogos	32
Justificación	33
Marco teórico	36
Rituales de interacción (Collins, 2009)	36
Estigma e identidad social (Goffman, Estigma: La identidad deteriorada, 1998)	38
Construcción de género (Burin, Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la constitución de la subjetividad, 1998)	40
Capítulo 1	42
Introducción a las dimensiones de la depresión con perspectiva de género	42
Capítulo 3	56

Monólogos de la depresión	56
Monólogo sobre cómo robar una infancia	57
Monólogo de una madre adolescente	64
Monólogo sobre la soledad	72
Monólogo de la flautista	79
Monólogo sobre el cabello crespo	86
Monólogo sobre los sueños	92
Capítulo 4	96
Construcción de la subjetividad	96
La depresión a través de la familia	96
Formas de violencia en la familia	100
Dependencia económica como otra forma habitual de violencia	102
Relaciones de la corporalidad y la depresión	103
La configuración de las subjetividades: apuntes finales	106
Bibliografía	108



## **Tabla de ilustraciones**

Ilustración 1: Monólogo sobre cómo robar una infancia. Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)	57
Ilustración 2: Monólogo de una madre adolescente Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)	64
Ilustración 3: Monólogo sobre la soledad. Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)	72
Ilustración 4: Monólogo de la flautista. Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)	79
Ilustración 5: Monólogo sobre el cabello crespo Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)	86
Ilustración 6: Monólogo sobre los sueños Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)	92

## **Tabla de esquema**

Esquema 1: Guía de entrevista. Fuente: elaboración propia	29
---	----

## **Planteamiento del problema**

En el transcurso histórico de la humanidad han existido explicaciones para cada uno de los fenómenos externos de la naturaleza y relacionados con el sujeto como una forma de entender el mundo y sus orígenes, pero solo a partir de las problemáticas emergentes en la Revolución Industrial y sus consecuencias tales como las dinámicas de producción, urbanización, epidemias, el rápido crecimiento poblacional, enfermedades orgánicas y mentales, entre otros fenómenos, se consolidó las ciencias sociales a partir de estas transformaciones y la sociología adoptó aquí su objeto de estudio (Foucault, 1968) Las nuevas condiciones de vida de Occidente evocaron necesidades que solo las ciencias sociales podían afrontar íntegramente desde su mirada, los cambios requirieron una planeación y atención especializada y con ello surgieron disciplinas como la salud pública y ramas como la sociología de la salud o medicina social.

Desde finales de la Segunda Guerra Mundial, de la cual participaron los países más desarrollados de Occidente como Reino Unido, Alemania y Francia, la ciencia comenzó a profundizar en los trastornos mentales como una patología que sobrepasaba lo orgánico, reconociendo que los conflictos bélicos fueron eventos traumáticos que generaron cambios en la conducta de la población civil y de los combatientes. Estas ideas comenzaron a germinar desde la Primera Guerra Mundial, cuando la literatura narró los efectos de la guerra a través de páginas que podían ser leídas como ficción, pero que hacían parte de la realidad como lo dice Robert Graves en su autobiografía *Adiós a todo eso* publicada en 1929, donde cuenta cómo fue su vida después de ser combatiente y cómo permanecía en un estado mental en el que la cotidianidad se convirtió en el campo de batalla, así como lo describe: “me obsesionaba el miedo al gas; cualquier olor desacostumbrado, hasta un repentino aroma de

flores en un jardín, era suficiente para provocarme estremecimientos. Y no podía soportar el estruendo del cañón; el ruido del tubo de escape de un automóvil bastaba para que me lanzara cuerpo a tierra, o para echar a correr.” (1971)

Obras como *Tempestades de acero* de Ernst Jünger (1920), *Sin novedad en el frente* de Erich Maria Remarque (1929), *La iniciación de un hombre: 1917* de John Dos Passos (1919), *Adiós a las armas* de Ernest Hemingway (1929), *El miedo* de Gabriel Chevallier (1930) cumplen con relatar a manera de autobiografía los residuos de la guerra en el cuerpo, la mente, los territorios y las relaciones humanas, todo desde una perspectiva del género masculino. En estudios posteriores<sup>1</sup>, se exploró el papel de la mujer en la guerra, en la cual se determinó que los antecedentes ideológicos y culturales que ya habían construido el rol de la mujer, lograron restarle importancia a su versión, incluso en las consecuencias que tuvieron para ellas los eventos bélicos en su salud mental. Para (Padilla Castillo & Rodríguez Torres, 2013) la versión de la guerra de las mujeres fue invisibilizada durante décadas, pero las condiciones políticas y sociales que se adelantaron durante y después de estos eventos bélicos, modificaron algunos estereotipos de género que permitieron a la mujer hacer parte de la vida pública, ulterior a que su historia cobró importancia. Las enfermedades mentales postguerra fueron frecuentes en ambos géneros, la depresión, el estrés postraumático y la ansiedad hicieron parte de su cotidiano. Obras como *La guerra no tiene rostro de mujer* de Svetlana Alexiévich, rescató las voces de mujeres que participaron en la línea de combate en la Segunda Guerra Mundial, pertenecientes a URSS y expone cómo fueron marcadas durante

---

<sup>1</sup>1. *La I Guerra Mundial en la retaguardia: la mujer protagonista*, artículo publicado en: *Historia y Comunicación Social*. (2013) de Graciela Padilla y Javier Rodríguez.

2. *Women, War, and Work: The Impact of World War I on Women Workers in the United States*. (1919) libro publicado en: Cornell University Press de Maurine Weiner Greenwald.

3. *War and Social Change in the Twentieth Century: A Comparative Study of Britain, France, Germany, Russia, and the United States*. (1974) es una revisión sociopolítica a partir de la segunda guerra mundial de Arthur Marwick.

la guerra y silenciadas con una única verdad después de esta, así como lo relata esta mujer: “Quiero hablar... ¡Hablar! ¡Desahogarme! Por fin alguien nos quiere oír a nosotras. Llevamos tantos años calladas, incluso en casa teníamos que tener las bocas cerradas. Décadas. El primer año, al volver de la guerra hablé sin parar. Nadie me escuchaba. Al final me callé...” (2015)

Las condiciones a las que fueron sometidas las personas durante la guerra fueron extremas, tales como hambruna, temor constante, angustia, exposición a diferentes formas de violencia, muerte, destrucción, violación de derechos humanos y creencias morales, presión física y psicológica, agotamiento, estrés, culpa, entre otros, que cambiaron no solo la percepción de su mundo sino la forma de interactuar con él, detonando enfermedades mentales que ya no se podían explicar únicamente desde la biología.

Fue así como la relación con las condiciones exógenas de los individuos cobró amplia importancia en el entendimiento de la enfermedad mental y se inicia la vinculación de éstas con las dinámicas sociales. A partir de las nuevas relaciones orgánico-sociales, se realizaron investigaciones<sup>2</sup> en los países involucrados en la guerra usando como instrumento encuestas para definir cuáles eran los trastornos mentales más prevalentes y eventualmente tratarlos desde su génesis social, pero la metodología tuvo diversas fallas, ya que se realizó a través de la clasificación de archivos clínicos y fue ejecutado por personal sin entrenamiento,

---

<sup>2</sup> 1. Véase el artículo: *Un descanso a la “locura”: La emergencia del Trastorno de Estrés Postraumático en los veteranos de la Segunda Guerra Mundial en EE. UU. y la lobotomía como solución desesperada*, el cual cuenta de la estrategia de identificación de las enfermedades mentales y el método implementado de Vanessa Álzate Palacio en la revista TEMPUS. Medellín, 2015.

2. Informe: *European Commission: Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*, 2005

3. *Las consecuencias de la guerra en las emociones y la salud mental. Una historia de la psicopatología y medicalización en los frentes bélicos de Occidente (1914-1975)* de Mauricio Sánchez Menchero,

además, la recolección de datos carece de un acercamiento a las subjetividades de las combatientes o la población civil involucrada, lo que impidió conocer el origen de la patología o su vinculación con los aspectos sociales.

Actualmente, la sociología se enfrenta a un gran reto dentro de la salud pública, porque una vez reconocida la influencia de las ciencias sociales sobre el pensamiento médico y su práctica en el siglo XX, no solo la humanización del tratamiento estaba en cuestión, sino la comprensión del sujeto en relación con la salud, la enfermedad y posteriormente las interacciones con el sistema, siendo éste el eje para desarrollar el pensamiento de la sociología de la salud (Porter, *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*, 1997) Los principales desarrollos de esta rama de la sociología fueron en Estados Unidos y Francia, donde en un inicio fue concebida para constituir las herramientas intelectuales de la medicina y capacitarla como disciplina para intervenir en las causas sociales de la enfermedad y la promoción de la salud.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la sociología expuso cuatro grandes perspectivas teóricas que pretendieron entender los trastornos mentales desde su configuración social, esta primera teoría nombrada como Causalidad Social y Selección Social (Mossakowski, 2014) es estructurada desde el diagnóstico psiquiátrico, presentando una relación entre los niveles socioeconómicos, la desigualdad y pobreza como riesgos para desarrollar un trastorno mental, además, asocia variables como el género y edad; una segunda perspectiva parte de la Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt, una fracción freudomarxista de la cual emerge la tesis de que las interrelaciones entre las condiciones materiales de los sujetos y su vida cultural influyen como detonante de trastornos mentales, dándole un papel importante a la psique dentro de sus estudios; el Construccinismo Social, como tercera

perspectiva teórica, se fundamenta en el actor y en las diversas interacciones en la realidad, problematizando el estado real de la enfermedad mental en las sociedades; finalmente, el Realismo Social marca una diferencia con los referentes mencionados anteriormente, ya que usa el individualismo metodológico o de agencia, para marcar una relación recíproca entre la estructura y la acción social, en donde la sociedad existe a priori para ser vivida por los sujetos y estos últimos son los encargados de reproducirla o transformarla, implicando que se comprenda el contexto en tiempo y espacio para identificar la enfermedad mental. (Rogers & Pilgrim, 2010)

Hoy en día existe una conjugación multidisciplinaria donde los diagnósticos orgánicos están provistos por la medicina y otras subramas, mientras la sociología, la epidemiología y la salud pública, se encargan de construir ciencia e intervenir en las prácticas sociales desde múltiples perspectivas teóricas y metodológicas.

En América Latina, la sociología de la salud adoptó como base los Determinantes Sociales y Estructurales de la Salud (DSS), que son los procesos de construcción social de la enfermedad, diferenciándose de la salud pública como disciplina con la incorporación de teoría social, ideología marxista y la pretensión de transformar, enseñar e intervenir plenamente la realidad (2006) Es importante partir de que estos DSS se inscriben en las condiciones de vida de cada sujeto, desde cómo y dónde nace hasta cómo es incluido dentro del sistema de salud, incorporando cada etapa del ciclo vital humano y sus aspectos sociales, ampliando la comprensión sobre la influencia que tiene la sociedad en la salud de los individuos. Esas circunstancias son el resultado de la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas locales

adoptadas. Los Determinantes Sociales de la Salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias y las brechas que existen entre los sujetos y el acceso a la salud.

Durante la década de 1960, se constituyeron movimientos en torno a la medicina social, la cual se caracterizó como “una corriente contrahegemónica, opuesta a la medicina de mercado individualista, liberal y capitalista” (Galeano, Trotta, & Spinelli, 2011), esto ya en un marco de globalización donde predominó el capital trasnacional, altos porcentajes de inequidad, un menor interés para garantizar los derechos a la salud y a la salud pública, que finalmente estructuró la salud en tres dimensiones, la biológica, la política y la social con toda la complejidad del sujeto (Franco, 2006)

Esas dimensiones se ven plasmadas en el *Plan Nacional de Salud Mental* que adoptaron todos los países de la subregión, pero de la cual no se garantizó su implementación a través de la protección de los derechos de pacientes o la ejecución de tratamientos con personal capacitado, además, se resalta que la legislación hoy en día está avanzando hacia el modelo comunitario orientado por Convenciones Internacionales y planeación regional, donde destacan países como Argentina, Brasil y Uruguay, mientras que el resto de países de la subregión tienen leyes generales de salud mental; en referencia al presupuesto general de salud se destinó entre el 0,2% al 7% para la atención de salud mental con un promedio de 2,05%, donde solo el 37,5% de estos países tiene cobertura para todos los trastornos y problemas mentales dentro de sus sistemas de seguridad social. (WHO, 2013)

En el compilado *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* realizado por la OPS (2009), expone cómo las mujeres son afectadas por trastorno de ánimo y de ansiedad superando hasta en cinco puntos los trastornos mentales de los hombres, pero no hay una propuesta para focalizar la atención en estas problemáticas, es más, en

términos generales se presenta la relación de desigualdad económica como barrera para acceder a los servicios de salud mental. Para el caso de Colombia a partir del censo del 2005, se recuperan las siguientes cifras: “49,2% de la población se encuentra bajo la línea de la pobreza y el 14,7% se encuentra bajo la línea de extrema pobreza. El 20% de la población más rica recibe 62% de los ingresos laborales, mientras que el 20% más pobre recibe solo el 3%.” (Aguilar, Kohn, & Rodríguez) Cuando se articula la inequidad económica con la Ley 100 de 1993, en la que los servicios de salud mental son aminorados a la competencia del mercado y considerados como no rentables, se comprende que el mayor problema del país con referencia a la política de salud mental es poder garantizar el acceso al diagnóstico, tratamiento y prevención de todos sus habitantes, teniendo en cuenta que la brecha de inequidad es mucho más amplia en el sector rural. La salud mental desde sus bases normativas todavía presenta grandes carencias. En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022, se presentan dos únicos causantes de lesionar la salud mental de la población, la convivencia y la violencia, reduciendo la problemática y sus dimensiones; solo hasta el 2013 se expide la Ley 1616 la cual crea una ruptura con las visiones jurídicas ya existentes sobre la salud mental, buscando garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, con una atención integral consagrada en el Sistema General de Seguridad Social y la implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental.

Con los aportes de las Ciencias Sociales en América Latina, se pueden referenciar elaboraciones en torno a la salud mental con temas como la familia (Solano & Vasquez, 2014), el desplazamiento (Gutiérrez M. , 2012), la institucionalidad (Gómez, Legislación en salud mental en nuestra agenda, 2007) (Novoa, 2012) (Tobón, 2013), la violencia (Palacio C. A., 2013), enfoques de género (Rangel, 2001) (Sol Pastorino , Vanegas, & Florenzano , 2017)



(Díaz, Rivera, & Wolfgang , 2012), el posconflicto (Palacio C. A., 2016), la sexualidad (Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2004) entre otros, aunque en gran medida estos estudios están estructurados desde enfoques como la medicina social, la psicología y la psiquiatría.<sup>3</sup>

Según las cifras mundiales, el trastorno mental más común es la depresión, conforme a la Organización Mundial de la Salud (2018) se calcula que existen 300 millones de personas afectadas por este trastorno alrededor del mundo, siendo la principal causa de incapacidad, donde las mujeres diagnosticadas son aproximadamente 190 millones; en relación a las cifras nacionales, los adultos tienen una mayor prevalencia del trastorno depresivo con un total de 4,3% de la población afectada, para los hombres el indicativo es de 3,2% y para las mujeres de 5,4% (Gómez, Escudero, Pérez, & otros, Encuesta de Salud Mental, 2015), en el que para las mujeres, existe una mayor predisposición social de sufrir de trastorno depresivo, según la ONU, tras un estudio en 86 países se determinó que la brecha de

---

<sup>3</sup> Ampliación de los estudios:

1. *Familia, en la salud y en la enfermedad mental* (2014) autoras: Martha Solano y Socorro Vásquez, publicado en: Revista Colombiana de Psiquiatría.
2. *Salud mental y desplazamiento forzado* (2012) autor: Miguel Gutiérrez, publicado en: Revista Gerencia y Políticas de Salud.
3. *Legislación en salud mental en nuestra agenda* (2007) autor: Carlos Gómez, publicado en: Revista Colombiana de Psiquiatría.
4. *De la salud mental y la salud pública* (2012) autora: Mónica Novoa, publicado en: Revista Gerencia y Políticas de Salud.
5. *La salud mental en Colombia. Un campo atravesado por la ley* (2013) autor: Juan Diego Tobón, publicado en: Revista CES.
6. *Violencia y salud mental* (2013) autor: Carlos Palacio, publicado en: Revista Colombiana de Psiquiatría.
7. *Salud mental y género* (2001) autora: Jhorima Rangel, publicado en: Otra mirada.
8. *Salud mental con perspectiva de género* (2017) autores: María Sol Pastorino; Jairo Vanegas; Ramón Florenzano, publicado en: Revista de Salud Pública México.
9. *Masculinidad-feminidad y salud mental* (2012) autores: Rolando Díaz; Sofía Rivera; Pedro Wolfgang, publicado en: Persona.
10. *La salud mental y el posconflicto* (2016) autor: Carlos Alberto Palacio, publicada en: Revista colombiana de psiquiatría.
11. *Orientación sexual y salud mental* (2014) autor corporativo: Fundación Universitaria Konrad Lorenz, publicado en: Revista Latinoamericana de psicología.

género aún es muy amplia, la inequidad es manifiesta, solo el 22% de los parlamentarios en el mundo son mujeres, ganan entre un 10% y 30% menos que los hombres, una de cada tres mujeres sufren de violencia física y el 46% de los medios de comunicación refuerzan los estereotipos de género (ONU Mujeres , 2013)

Existe una intersección entre los estudios de género y el campo de la salud mental de las mujeres, que tiene una base orgánica, social y psicológica. Los aspectos sociales, apoyados en las relaciones culturales que atribuyen características sobre cómo se debe pensar, sentir y actuar según su biología creó brechas en lo que es considerado como rol social entre hombres y mujeres, creando una jerarquía en la que las mujeres tienen una posición de subordinación. (Burin, Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables, 1996)

Cuando se pone a dialogar las subjetividades del trastorno depresivo con las subjetividades del género femenino, se puede encontrar una gran complejidad discursiva y simbólica, en donde el trastorno depresivo tiene en su historia un largo camino de estigmatización al igual que la identidad de ser mujer; para la Edad Media la depresión fue asociada con la desaprobación de Dios, donde los episodios agudos fueron categorizados como herejes; en el Renacimiento se idealizó por completo el trastorno siendo ésta la muestra del genio melancólico, además estableció una ruptura de género ya que la manifestación de depresión en los hombres los convertía en genios y a las mujeres de padecer locura; durante el siglo XVII al XIX los desarrollos científicos permitieron identificar la composición y las funciones del cerebro, además se reconoció a la depresión como una enfermedad<sup>4</sup> con dos

---

<sup>4</sup> Dentro de la psicología clínica existe una tipificación para definir la *enfermedad de depresión* y el *trastorno depresivo*, en esta investigación se usarán ambos conceptos. La *enfermedad de depresión* se usa desde lo general, para referir síntomas, reacciones e interacciones del sujeto; mientras que el *trastorno depresivo* se

componentes, el endógeno, con una predisposición genética de un desbalance bioquímico cerebral y el exógeno al sujeto, donde las condiciones estructurales de su sociedad detonaban el trastorno, teniendo en cuenta que para identificar el trastorno depresivo las personas deben recurrir a la subjetividad, a la metáfora, lo simbólico, lo que para ellos representa vivir con los síntomas ya que esta enfermedad no es verificable con signos en el cuerpo explicables por sí solos.

En Occidente, la subjetividad de la mujer ha marcado un hito en la modernidad, se construyó a partir de la Revolución Industrial, donde el instrumento de poder material y simbólico amplió la división entre lo doméstico y la extradoméstico en la división social del trabajo, entregándole al hombre el poder racional y económico y a la mujer el poder de los afectos (Burin, Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables, 1996) Lenin, en su análisis de la sociedad en la industrialización expone que “la mujer sigue siendo esclava del hogar a pesar de todas las leyes liberadoras, porque está agobiada, oprimida, embrutecida, humillada por los pequeños quehaceres domésticos, que la convierten en cocinera y niñera, que malgastan su actividad en un trabajo absolutamente improductivo, mezquino, enervante, embrutecedor y fastidioso.” (La emancipación de la mujer, 1922)

En la obra de Margaret Mead, *Sex and Temperament in Three Primitive Societies* de 1935, planteó que los conceptos de género son culturales y no biológicos y que pueden variar plenamente según el entorno en que se desarrolla (Conway, Bourque , & Scott, 2013 ) En la década de los cincuenta, Talcott Parsons sostuvo que los papeles de género tenían un fundamento biológico y con la modernización se asignó con base en la función sexual y económica los roles al interior de la familia y el matrimonio, siendo el hombre el encargado

---

implementa a partir de un diagnóstico clínico, cuando se emplea este último concepto, es porque los autores citados así lo hacen o hay certeza del diagnóstico.

del trabajo instrumental, mientras que la mujer se responsabiliza de la crianza y de los afectos, relegando el postulado de Mead y lo que actualmente se defiende como la institución tradicional de la familia, concepción impuesta en la actualidad por varias iglesias, entre ellas la Católica.

Para Beauvoir (2002), la mujer se encuentra en la periferia de lo humano, mientras el hombre ocupa el centro en la expresión de cada aspecto de la cultura y la visión desde donde se ha escrito la historia, en la cual se le ha entregado el papel a la mujer de algunos escenarios sociales y una identidad de ser con la femineidad, como aspectos de dominación y sometimiento del género masculino sobre el femenino; Betty Friedan autora de *La mística de la femineidad* (2017), contraria a Lenin, planteó que la situación de la mujer y el rol entregado a ella socialmente debe analizarse desde la desigualdad y no como opresión o explotación, donde el problema es fundamentado en la exclusión de la mujer de la política. La década de 1960 fue un periodo álgido en la historia de los movimientos sociales y de la expresión del feminismo. La lucha contra el racismo, el clasismo, el imperialismo, el sexismo entre otras, motivó a la movilización y radicalización de asociaciones feministas estadounidenses, las cuales promovieron una contracultura y una revolución total de la sociedad en lo que hoy conocemos como el feminismo contemporáneo, finalmente, estos fueron los precedentes para entender que la mujer desde sus aspectos biológicos y el constructo de género estarían continuamente en conflicto con una idea de identidad. Existen imposiciones culturales que en algún momento pueden ser asumidas como naturales y los roles definidos socialmente no hacen parte de la satisfacción de ser mujer, entendiendo que el género “se convierte en el locus corpóreo de significados culturales tanto recibidos como innovados. Y en este contexto la “elección” pasa a significar un proceso corpóreo de interpretación dentro de una red de normas culturales profundamente establecidas.” (Butler, 2013)

Para (Montero, y otros, 2004) en el estudio *Género y salud mental en un mundo cambiante*, como tesis proponen que se debe comprender el contexto histórico, social y cultural de los roles de género, ya que esto indicará las formas de relacionarse con el entorno y cómo son afectados por la influencia social para la prevalencia de ciertas enfermedades mentales. En los últimos treinta años se ha dicho que los trastornos del estado de ánimo son más prevalentes en las mujeres que en los hombres, mientras en ellos es posible identificar abuso, dependencia de sustancias y trastornos de la personalidad como enfermedades más recurrentes, se entiende que, desde la perspectiva relacional de género, ambos sexos son sujetos generalizados y los hombres también subsisten con los costos sociales de su posición de privilegio y las exigencias sociales que son impuestas por la sociedad. Los aspectos sociales a los que se supedita el trastorno depresivo de las mujeres son mayormente centrados en su construcción de subjetividades a partir del género y las formas manifiestas de desigualdad, exclusión y estigmas a los que se ven expuestas.

Esa construcción de subjetividades está alimentada de elementos sociales y culturales que cimientan la apropiación de una identidad, estando plenamente conectada a las dimensiones endógenas y exógenas del sujeto, tales como la corporalidad, personalidad, convicciones, sentimientos, creencias y cómo están en constante interacción con el sujeto y el medio social. Los sistemas de bienestar y las condiciones de vida hacen parte primordial de la construcción de esas subjetividades de forma integral, para comprender las relaciones entre mujer, depresión y sociedad, es necesario conocer la actual política de salud mental de Medellín, la cual está sustentada a partir de un estudio realizado en el 2012 para el *Plan Municipal de Salud Mental 2008- 2015*, definiendo tres ejes de acción para atender la enfermedad mental, encarando las adicciones y abuso de sustancias, prevención de trastornos comunes como el estrés y la depresión, disminuir las tasas de suicidio y asistir la convivencia

que contiene formas de violencia. Tras el Estudio Nacional de Salud Mental (2003) se pudo definir que el trastorno mental más prevalente en la ciudad de Medellín fue el estrés postraumático y con la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) fue la depresión; de los resultados obtenidos en los diferentes estudios tanto nacionales como locales, se opta que los cambios en los programas y políticas para la atención de salud mental debía incluir accesibilidad a los servicios de los sectores poblaciones más vulnerables, realizar análisis situaciones para identificar las necesidades de la población, determinar las relaciones de los trastornos mentales con el abuso de sustancias psicoactivas y fenómenos psicosociales y prestar una atención integral cubriendo todas las dimensiones del sujeto, las cuales se veían plenamente afectadas por el contexto social, político y cultural, al momento de realizar cada estudio.

En la ciudad para el 2010 el 11,8% de las hospitalizaciones en enfermedad mental fueron por el consumo de cocaína como principal causa, el 8,4% por trastornos mentales con síntomas no especificados y el 2,4% por depresión mayor, de los cuales el 0,63% fueron hombres diagnosticados con una *prevalencia en los últimos 30 días* y 1,61% fueron mujeres en el mismo indicador y para una *prevalencia de vida*, las mujeres alcanzaron el 12,46%, mientras que los hombres presentaron un 5,69%; todos los estudios afirman que la depresión en las mujeres supera dos veces la depresión en los hombres y para Medellín, uno de los causantes que aumentan los síntomas de depresión en mujeres, es la fuerte relación entre las subjetividades obtenidas de los roles de género y sus condiciones de vida.<sup>5</sup>

Para comprender la percepción de las condiciones de vida para las mujeres y entender su relación con la depresión, la encuesta *Cómo vamos Medellín*, arrojó que hay aspectos en la

---

<sup>5</sup> Véase el informe *Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012* del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad CES y del Grupo de Salud de la Secretaría de Salud de Medellín.

realidad social de las mujeres que están afectando seriamente su calidad de vida, haciendo evidentes las brechas de desigualdad entre ambos géneros y la vulnerabilidad que enfrentan en cada ámbito social y público, como ya se ha dicho antes, son estos aspectos los que marcan la identidad y subjetividades de las mujeres, tanto como la relación con la salud y la enfermedad mental.

El 53% de la población son mujeres, ganan 20% menos que los hombres, 3 de cada 10 sufren de violencia intrafamiliar, solo el 55% manifiestan tener un buen estado de salud en comparación con un 76% de la percepción masculina, los hombres tienen 15% más probabilidad de ser contratados en empresas a las cuales se presentan mujeres mejor capacitadas que ellos y solo el 37% del universo encuestado considera que existe un respeto hacia las mujeres. (Alcaldía de Medellín , 2017)

Es preciso comprender que “en los países en vías de desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades mentales crónicas se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la dependencia a drogas, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en sujetos de estigmatización y discriminación.” (Ministerio de la Protección Social) Cuando la enfermedad mental se presenta por episodios con intermedios en los cuales los sujetos consideran que han recuperado un aparente *estado de bienestar*, éstas se quedan sin ser diagnosticadas o tratadas apropiadamente con altas probabilidades de sufrir nuevos episodios.

Es preocupante que aún no exista una política nacional plenamente incluyente y eficaz para tratar las necesidades de salud mental de la población y proteger sus derechos, entre los cuales es pertinente mencionar la lucha contra la estigmatización, que impide en muchos casos, buscar la ayuda y atención de las personas que sufren de trastornos mentales, alarma para la academia y la institucionalidad. En Medellín actualmente el trastorno más común es la

depresión y las condiciones materiales de vida siguen siendo un factor importante según la encuesta, ya que comunas como Popular, Santa Cruz, Aranjuez, Castilla y Buenos Aires (estratos 1,2 y 3) presentaron la población de más alto riesgo con un 4,7% adquirir depresión, entre ellas, por la dificultad a acceder a programas de atención íntegra.

Es por eso que esta investigación busca develar la configuración de las subjetividades de mujeres que sufren de depresión en la ciudad de Medellín, las cuales, según la literatura, estudios recientes y encuestas de percepción de calidad de vida, son la población más vulnerable sin importar su edad, origen socioeconómico, nivel de escolaridad o actividad productiva; se pretende explorar los discursos, sentidos, relaciones y símbolos propios de cada participante de esta investigación desde sus historias de vida, interacciones creadas con el medio social y la depresión.



## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Develar los procesos de configuración de la subjetividad, en un grupo de mujeres de la ciudad de Medellín diagnosticadas con trastorno depresivo.

### **Objetivos específicos**

- Indagar por el significado que tiene para estas mujeres, el trastorno depresivo.
- Identificar las percepciones que tienen las mujeres en estudio, en relación con su cuerpo.
- Conocer los procesos de interacción familiar del grupo de mujeres en estudio.

## **Diseño metodológico**

Este proyecto se inscribe en el enfoque cualitativo de la investigación social, el cual permitió un acercamiento a la literatura existente y a los datos de campo para profundizar en la realidad de las mujeres con depresión participantes en este estudio, generando un vínculo conceptual entre los datos recolectados, las observaciones, discursos, narraciones y los referentes teóricos, para la posterior interpretación de los significados que las participantes le han entregado a sus experiencias y construcción de percepciones. Para la recolección de los datos se usó **el método biográfico oral**, porque a través del relato y la memoria se transmiten experiencias, con la posibilidad de reconstruir y reinterpretar sus propias elaboraciones relacionales, entregándole un orden y significados a las situaciones.

Se consideró pertinente usar **las historias de vida como estrategia investigativa**, porque permitió obtener diversas alternativas de una gran historia personal y fragmentarla, para luego reconstruirla en la comprensión de las subjetividades, en este estudio varias realidades estuvieron en confrontación, en un primer lugar, la depresión como trastorno mental común e incapacitante en la sociedad contemporánea y las realidades de género, por ello, se recurre a relatos íntimos, a las interacciones situacionales y sus relaciones locales con una micro y macro estructura social.

El análisis final está guiado por un enfoque categórico del contenido, buscando elementos comunes en otras narraciones, para abstraer los elementos configuradores de las subjetividades, tales como símbolos, representaciones, identidades y situaciones interaccionales, entendidas desde los referentes teóricos para la construcción de nuevas interpretaciones y reflexiones.

## **Sobre el método, la metodología y la estrategia**

Esta investigación se centra en la construcción de subjetividades de cada mujer participante, en su contexto histórico, material, dimensiones políticas, culturales, religiosas, educativa, situaciones cotidianas, comprensiones relacionales, entre otros, que no solo conforman cada aspecto de ese individuo, sino que además expone la relación existente con el trastorno depresivo. Para lograr develar dicha construcción, fue importante acercarse a los métodos y técnicas de la investigación cualitativa, como lo son las historias de vida, ya que se consideró como la forma más acertada de aproximarse a la realidad del otro, desde su oralidad, propia abstracción de hechos y relaciones desde su identidad. <sup>6</sup>

### **Preparación**

En esta primera fase del proceso investigativo se reflexionó en torno a una temática y la necesidad de plantear un problema, definiendo las herramientas, métodos y enfoques teóricos para abordar el fenómeno, en lo que se constituye como la elaboración del proyecto, para esto se ha definido asentar el *estado del arte* a través del rastreo bibliográfico de fuentes primarias o de primera mano, entendida como información que evidencia una relación directa con los límites temáticos y períodos contextuales tales como archivos, fotografías, novelas, entrevistas, documentos originales y manuscritos; las fuentes secundarias, definidas como la información reelaborada como citas de textos, enciclopedias, tesis, monografías y artículos de revista (Buonacore, 1980) dentro de la producción documental física o electrónica del sistema de bibliotecas local, revistas indexadas y bases de datos virtuales como: Cambridge

---

<sup>6</sup> Revisar los textos: La ciencia de la investigación cualitativa de Martin Packer, Ediciones Uniandes, 2011; Diseño de proyectos en la investigación cualitativa de María Eumelia Galeano, Fondo Editorial de la Universidad de EAFIT, 2004.

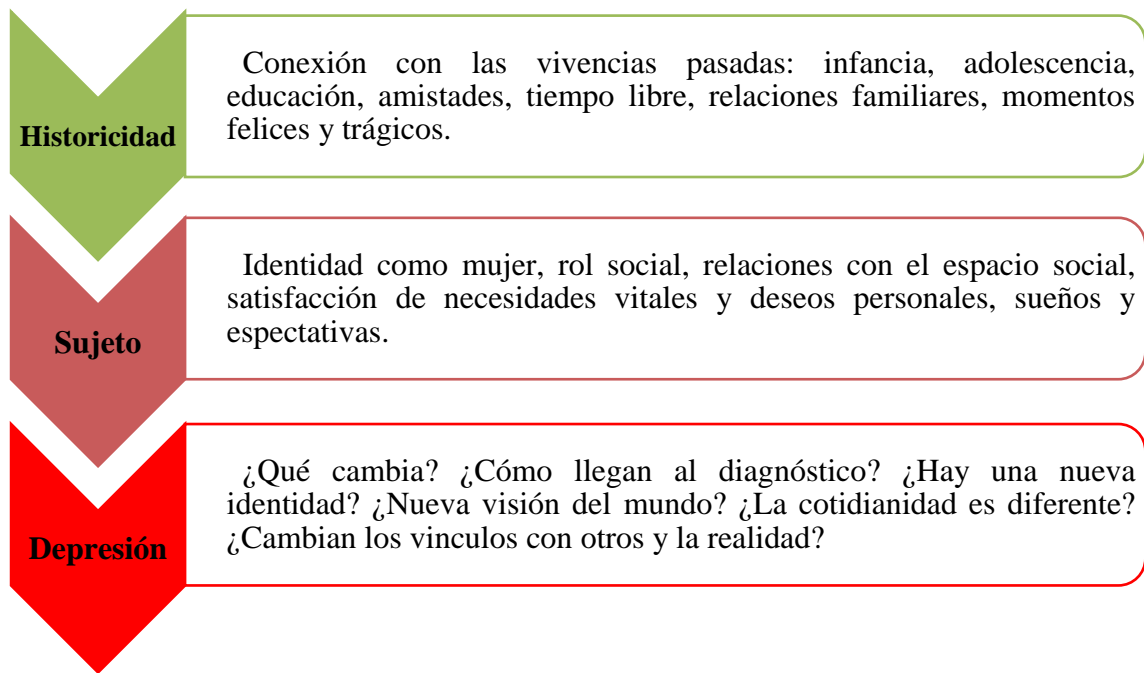
Journals Online, DialNet, Jstor, Oxford Journals, SAGE, Google Academics y Open Access, en una búsqueda amplia en inglés y español.

## **Campo**

La recolección de datos se realizó por medio del método biográfico de entrevistas guiadas, indagando por las percepciones, vivencias, memorias, valoraciones, significados e identidades del sujeto con relación al trastorno depresivo, haciendo un recorrido por cada etapa del ciclo de vida comprendido en infancia, adolescencia y adultez, según las características individuales etarias. El diagnóstico clínico fue un requisito para la participación en este estudio, ya que asegura la afección mental, abriendo la posibilidad de ahondar en los aspectos sociales del trastorno depresivo. La convocatoria se realizó a través de un contacto docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. La entrevista fue flexible y se inició con la pregunta ¿cómo fue su infancia? abriendo las posibilidades para que el sujeto fluya en el relato según considere pertinente, planteando tres momentos necesarios para comprender la configuración de la subjetividad: la historicidad, el sujeto y la depresión, como lo muestra el esquema.

**Aplicación del instrumento:** Entrevista guiada con elementos claves

Elementos pertinentes del instrumento:



*Esquema 1: Guía de entrevista.* Fuente: elaboración propia

**Estrategia investigativa:** Historias de vida de relatos paralelos

Al ser narraciones de mujeres que sufren de un trastorno depresivo, las historias de vida de cada una de ellas tuvieron similitudes que permitieron acercarse a elementos de cotejo de trayectorias, en lo que ayudó a abstraer los elementos regulares en los relatos.

**Elementos de análisis**

Por lo general las narraciones de vida son acompañadas con historias cortas que juegan con la memoria y las conexiones subjetivas que conectan un hecho con otro, no es posible controlar cronológicamente los relatos, por eso la información se organizó e identificó en el postcampo con los sucesos claves definidos a partir de la repetición, los silencios, los cambios en el tono de voz, los gestos, la declaración explícita de la importancia del hecho, la relación de una situación con varios momentos, la expresión de emociones de agrado o rechazo, el rol de otros actores, epifanías y las interrupciones repentinas.

A través de las narraciones se buscó descifrar cómo se hizo presente la depresión en la cotidianidad y cuál fue la relación que adoptó al momento de interactuar con otros actores sociales o situaciones.

Graham Gibbs (2012) propone seis pautas para estructurar la información al momento de hacer el análisis, se han tomado como guía y adecuado a las necesidades metodológicas del problema de investigación manteniendo las intenciones temáticas en su esencia.

1. Las historias que surgen de relaciones con otros y lo que hacen con esas personas, entendiendo cómo se involucran con esos actores sociales y sus funciones dentro de las situaciones vivenciales.

2. La pertenencia y separación, siendo opuestos hacen parte importante de la construcción de percepciones e identidades, que también refleja su capacidad de adaptarse respecto a las realidades, teniendo en cuenta cuál es el papel de la depresión durante estos procesos relacionales.

3. Dentro de las relaciones sociales, se pueden definir vínculos por la proximidad o lejanía existente entre los actores sociales. La depresión necesita de un sistema de apoyo que esté permanentemente disponible para el sujeto afectado, es necesario definir esos vínculos para entender cómo se focalizan las interacciones a partir de la enfermedad.

4. La profesionalización, el trabajo y la independencia económica, logran definir roles funcionales en sus escenarios locales de interacción, ¿cómo están caracterizadas cada una de las participantes a partir de las categorías enunciadas?

5. ¿Cómo son las relaciones con el sexo opuesto?

6. Examinar con cuidado las narraciones de los primeros años de vida y cómo influyen en la construcción de cadenas de interacción posteriores.

El número de participantes en este estudio se determinó en la fase de campo a partir de la calidad de información suministrada y en el cumplimiento de las expectativas trazadas previamente en aras de lograr la configuración de las subjetividades y de comprender algunos de los procesos sociales de la depresión en mujeres.

Finalmente, para este análisis en articulación con los referentes teóricos, se definieron los aspectos que se contradijeron en las narraciones y comparar caso a caso las similitudes que emergieron.

### **Consentimiento informado verbal**

Previo a la entrevista se informa:

1. La naturaleza del proyecto de investigación y los objetivos de este.
2. Se garantiza la protección de la identidad y de la información en su uso exclusivo para la investigación.
3. Se expresa que los datos harán parte de una reconstrucción interpretativa de la investigadora y serán presentados como monólogos.
4. La entrevista puede necesitar varias fases o puede ser finalizada en el momento que la entrevistada desee.
5. Se solicita autorización para hacer grabación de audio.

## **Procesamiento de la información**

Los audios fueron codificados, organizados y clasificados en su naturaleza original por medio del programa *Camtasia Studio 8*, prescindiendo de una rigurosa transcripción y usando referencias precisas tomadas en campo, esto con el fin de disminuir las horas de procesamiento de información y de apelar a nuevas herramientas tecnológicas, una juiciosa bitácora y la observación, considerando que las historias de vida son entrevistas extensas.

## **Presentación de los datos: Monólogos**

Las historias de vida cuentan una valiosa y extensa información para el análisis y la interpretación conceptual que, al presentarse en los datos brutos se convierte en una lectura engorrosa. La voz de las mujeres participantes en este estudio es recuperada para no ser silenciada, por lo tanto, se propone una reconstrucción de la narrativa por medio de tres rupturas significativas en las experiencias de cada entrevistada y a partir de esta información crear monólogos que cuentan sus historias, percepciones, símbolos, representaciones y demás elementos de la cotidianidad y memoria, ajustada de forma sucinta y amena.

Los monólogos son una traducción de las narraciones íntimas de cada una, contando los hechos lo más cercano a las narraciones originales realizadas en las entrevistas, cuidando de la privacidad y confidencialidad de cada participante.



## **Justificación**

Actualmente en el mundo existe un esfuerzo por replantear las políticas públicas en salud mental de los sistemas de salud, reconociendo que la depresión es la segunda causa de mayor incapacidad después de las cardiopatías según las OMS, la cual afecta a personas de todas las edades, sexo y etnias, teniendo en consideración que las condiciones socioeconómicas, culturales y políticas de las sociedades, son aspectos que contribuyen a agudizar, incluso a detonar los síntomas de la enfermedad. En Colombia y en la gran mayoría del mundo, son las mujeres el grupo población identificado que más sufre de depresión, influyendo en su cotidiano.

Cuando se define el problema del trastorno depresivo en las mujeres como un tema de interés sociológico para ser abordado desde la metodología cualitativa, se busca comprender la configuración de las interacciones de las mujeres situadas en la enfermedad respecto a la sociedad, ya que el diagnóstico del trastorno depresivo es presidido por antecedentes biológicos, del reconocimiento de síntomas y signos orgánicos y mentales, para iniciar el proceso de indagación y comprensión desde un contexto histórico.

Esta enfermedad no discrimina en edades, ni en género para manifestarse, existe una predisposición genética y un detonante social para su expresión, es tratable, pero más de la mitad de los afectados no reciben tratamiento y en países como Colombia, que en la última década ha incluido el tema de salud mental en la agenda nacional y en el desarrollo de políticas públicas, es insuficiente la atención a esta problemática, la destinación de recursos es precaria y el personal no está plenamente capacitado. La depresión en el peor de los casos puede llevar a la muerte, 800.000 personas se suicidan al año en el mundo según estudio

realizados por la OMS<sup>7</sup>; es más, se ha llamado la atención sobre la alta prevalencia de diagnósticos en el grupo etario desde 5 a 29 años en el mundo.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015,<sup>8</sup> presenta datos como el siguiente: 496.663 niños colombianos fueron víctimas de violencia, desplazamientos forzosos o presenciaron actos violentos como asesinatos de familiares, conocidos o desapariciones, lo que ha causado alteraciones permanentes en la salud mental de casi un 63% de esta población.

Los antecedentes históricos del país vinculados con la violencia, las desigualdades políticas, sociales, económicas y las tradiciones culturales que marcan las microestructuras, han permitido que este sea un escenario potencialmente enriquecido para entender las dinámicas y las relaciones del trastorno depresivo de las mujeres con la sociedad. Ahora, este estudio tiene perspectiva de género, porque si bien la depresión afecta a ambos sexos, para el caso nacional, las mujeres presentan una prevalencia de la enfermedad tres veces mayor que los hombres y las brechas de desigualdad entre ambos géneros continúan siendo amplias, en la que las mujeres se encuentran en desventaja frente a los hombres.

Según el informe de calidad de vida realizado por la administración municipal de Medellín en el 2017<sup>9</sup>, las mujeres continúan siendo una población vulnerable en la sociedad, la cual se ven afectadas por condiciones como la desigualdad, pobreza, falta de oportunidades

---

<sup>7</sup> Primer informe de la OMS presentado en Ginebra sobre la *prevención del suicidio*, publicado en septiembre de 2004.

<sup>8</sup> Véase el informe: Gómez, C., Escudero, C., Pérez, E., & otros. (2015). *Encuesta de Salud Mental*. Bogotá, D.C.: Tomo I.

<sup>9</sup> Véase: Alcaldía de Medellín . (2017). *Cómo vamos Medellín*. Medellín.

laborales, ambientes hostiles, discriminación, abusos físicos, psicológicos y maltrato intrafamiliar hasta tres veces más que los hombres.

Como disciplina, la sociología al igual que las dinámicas sociales es dialéctica, expuesta a las condiciones de cambio, construcción y retroalimentación al ritmo de las transformaciones de las sociedades, de los avances científicos y de sus necesidades; el tema de la depresión en las mujeres desde la configuración de sus subjetividades y del análisis microsociológico, es pertinente para ser abordado desde esta ciencia, desde la comprensión de las condiciones sociales de la enfermedad y no solo el relacionamiento con ésta, sino las consecuencias que trae para sí misma.

En los últimos 22 años en el Departamento de Sociología de la Universidad de Antioquia, solo se cuentan cuatro trabajos monográficos con temas relacionados a la salud, a la salud pública u ocupacional entre 625 estudios en total. Lo que nos indica que estos temas no han sido prioridad científica, cuando la sociología tiene mucho que aportar a esta problemática.

Es por eso, que esta investigación cuenta con la conveniencia científica, el interés personal y la necesidad exploratoria dentro de la Facultad para ser llevada a cabo. Este estudio se aproxima desde un análisis microsociológico con nuevos referentes teóricos, esperando abstraer los sentidos construidos, percepciones, simbolismos resultantes de las interacciones para configurar las subjetividades de las mujeres que sufren de depresión en la sociedad de Medellín.

## **Marco teórico**

En esta investigación se usaron tres referentes teóricos del análisis microsociológico para abstraer de las experiencias narradas, los sentidos, las percepciones y significados presentes en las vivencias de las mujeres con depresión participantes en el estudio, con el fin de construir las subjetividades que según la definición tomada de Bourdieu (1988) participa como mediadora entre las interacciones de los sujetos con la estructura social a diferentes escalas de ésta, donde además el sujeto es agente transformador y productor de significados y sentidos.

### **Rituales de interacción** (Collins, 2009)

Randall Collins propone la teoría microsociológica de *Rituales de Interacción*, partiendo del hecho de que la microsociología es el reconocimiento de las *situaciones de interacción* que se producen entre el cuerpo, la mente y el espacio social, entendiendo esto último como todo lo externo al individuo, permitiendo que emerjan las *posiciones* del sujeto frente a la sociedad en aspectos como la personalidad, creencias, memorias, acciones, emociones y convicciones, importantes al momento abstraer sentidos de las historias de vida narradas por las mujeres que tienen depresión, ya que los eventos narrados habrán pasado por el primer filtro de importancia y sentido personal para ser contados. Esta teoría contiene una riqueza de referentes que permite comprender la posición de los sujetos presentes en el estudio desde su cotidiano, haciendo uso del lugar que le han entregado a cada situación, ritual e interacción experimentada, elementos que entregaron una primera parte de la configuración de esas subjetividades.

La *Teoría de Rituales de Interacción*, fija a las *situaciones* como el escenario donde se produce la acción a pequeña escala en el tiempo presente y, además, como el centro de la explicación microsociológica. La comprensión de la interacción a nivel micro permite develar las interacciones a nivel macro y esta configuración hace parte de todo sistema, incluso de las microsituaciones<sup>10</sup>. Esta teoría es la suma de las representaciones simbólicas que son impulsadas por lo que el autor denomina *Energía Emocional*, que se puede entender como cohesión colectiva, la cual debe ser lo suficientemente significativa para generar un punto de ruptura dentro de la línea vivencial e interiorizar un hecho, tanto como para que este perdure en la memoria y sea narrado posteriormente en la entrevista.

Teniendo presente que al adentrarse en los *rituales de interacción* se “lleva hacia un flujo constante de la vida mental interior, hacia una explicación tanto de la subjetividad como de la intersubjetividad” (2009) Se entiende que los sujetos son una *cadena de rituales de interacción* y esa cadena está compuesta por una sucesión de *situaciones* con sus propias leyes y procesos en permanente confluencia entre sujetos históricos mediados por la cohesión colectiva en defensa o rechazo de unos símbolos sociales.

Los *Rituales de interacción*, definidos por Collins desde la sociología como la construcción situacional que parte de normas y sentidos existentes en pleno movimiento, que se genera entre sujetos que vienen cargados de emociones, consciencia, experiencias y de sus propias cadenas de rituales de interacción.

Precisando que son las *situaciones* las que dinamizan a los individuos por su continuo flujo temporal, la cual se inserta en la configuración agencia- estructura, donde la agencia

---

<sup>10</sup> Collins también se puede referir a la *agencia* cuando habla de lo micro y a *estructura* aludiendo a lo macro al cartografiar una *situación*, en este estudio se usará ambos términos.

juega el rol de motivar las interacciones para desencadenar la acción con la que el sujeto de posicionará en el espacio social.

### **Estigma e identidad social** (Goffman, Estigma: La identidad deteriorada, 1998)

Erving Goffman propone la teoría de la *Identidad social* desde el análisis microsociológico, para comprender bajo cuáles características se relacionan los actores sociales partiendo del hecho que están condicionados por atributos y estigmas. *La identidad social* está referida a las características que les otorga el medio social a los sujetos, caracterizándolos, definiéndolos y asociándolos según sus atributos y los sujetos finalmente naturalizando dicha identidad. Goffman hace una separación entre la identidad social virtual, que es construida a partir de la apariencia y la identidad social real, demostrable y reconocida por el sujeto, sin olvidar que en la construcción identitaria, el factor social prima para que exista una base de apropiación, lo que significa, que mucho de la identidad asumida por cada sujeto depende en gran medida a las cualidades e “identidad” que se asume socialmente de él, la *identidad virtual* son los prejuicios y estigmas elaborados en torno al sujeto, mientras que la *identidad real*, es la que se concibe como verdadera desde el sujeto.

Esta teoría permite ser explorada con fenómenos sociales particulares, precisamente para develar la identidad que le acompaña. La enfermedad mental, especialmente el trastorno depresivo, ha generado procesos de construcción identitarias a lo largo de su historia, entregándole a los sujetos que la padecen atributos y estigmas, generando reacciones frente la realidad social como el aislamiento, victimización y rechazo. Goffman plantea, que existen tres grupos clasificatorios, alimentados por estigmas como *las abominaciones del cuerpo*, *los defectos de carácter del individuo* y *los estigmas tribales*, los cuales incluyen la etnia,

religión y nacionalidad. Alrededor de las personas que sufren depresión, comúnmente se crea un imaginario en el que son estigmatizados por su enfermedad como un defecto de su carácter. A partir de esta teoría se tuvo en cuenta tres conceptos: estigma, identidad social virtual e identidad social real.

*El estigma* se comprende como una relación entre atributos y estereotipos, ambos conceptos con connotaciones negativas que desacreditan profundamente a los actores sociales frente a otros y sus relaciones e interacciones, determinando su posición en el espacio social, generalmente estas subjetividades son construidas a partir de la contradicción entre la identidad real y la virtual. Los sujetos que cuentan con un estigma pierden casi que su carácter humano, lo que crea diversas formas de discriminación, afectando la cotidianidad.

La depresión hace parte de ambas identidades, tanto de la real como de la virtual, ya que Goffman define *la identidad social real* como los atributos comprobables y reconocidos por el sujeto, aquí la depresión diagnosticada por un especialista idóneo, lo convierte en un hecho demostrable y aceptado, mientras que la *identidad social virtual*, hace parte de los atributos entregados a los sujetos a partir de sus apariencias, la cual permite profundizar en los estigmas cimentados desde tres residuos, la victimización, la desprotección emocional y la inferioridad.

La identidad social es configurada con las subjetividades provenientes de la estigmatización, bien sea esta real o virtual, entregándole al sujeto una posición en el mundo social, pero, además iza barreras a la hora de relacionarse con otros o consigo mismo.

**Construcción de género** (Burin, Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la constitución de la subjetividad, 1998)

El mayor interés de este estudio es develar las subjetividades de las mujeres con depresión y esa configuración es compleja por todos los elementos que la construyen y a la vez es muy vasta. Con los referentes teóricos usados, se buscó tomar tres dimensiones de los sujetos tales como las interacciones rituales, que hacen parte de las percepciones, sentidos y significados que se entregan a lo ya vivido, la identidad social y cómo se reconoce el sujeto y es reconocido en su espacio social y finalmente cómo participa el constructo de género en el desarrollo y unificación de estos procesos configurativos.

Mabel Burin plantea una revisión de la realidad social con perspectiva de género femenina, partiendo de esta teoría que hace parte del constructo social desde 1955, el cual vincula una epistemología subversiva, lo que implicó un cambio de paradigma en la forma de leer el mundo, proponiendo como categoría principal el género. La apropiación y reproducción de subjetividades de género socialmente impuestas y atribuidas de manera especial a ambos sexos, determinan valores, creencias, rasgos de la personalidad, y conductas que construyen identidades, esconde jerarquías y estructuras de poder.

La propuesta de análisis que hace Burin desde la perspectiva de género, incluye:

1. Definir las relaciones de poder del ámbito familiar de las mujeres participantes, asumiendo que esa es la base para la construcción de las demás relaciones sociales y es un primer espacio de construcción de subjetividades.
2. Realizar una construcción histórico social, haciendo uso de sus discursos y las relaciones de poder que de ahí se perciben.



3. Reconocer los determinantes de género, tales como la etnia, condiciones socioeconómicas, origen familiar, nivel educativo, actividad económica y religión.

Finalmente, para Burin, la enfermedad mental con perspectiva de género permite comprender las estructuras de poder en el cotidiano y el deber ser de las mujeres frente a ese, a manera de emancipación de las identidades impuestas y prefabricadas socialmente, elementos fundamentales para los objetivos de este estudio.

# Capítulo 1

## Introducción a las dimensiones de la depresión con perspectiva de género

### Contextualización

La forma más coherente de responder a la pregunta ¿Qué es la depresión?, parece ser a través de metáforas. Las seis mujeres que participaron con sus historias de vida en esta investigación respondieron con las siguientes: “Es como estar al borde del abismo”(Monólogo sobre los sueños), “Es estar bien y de repente estar muy mal” (Monólogo sobre cómo robar una infancia), “vivir con la oscuridad perpetúa”, “estar cansada todo el tiempo”(Monólogo sobre el cabello crespo), “sentir que el mundo gira muy rápido mientras tú estás paralizada”(Monólogo de una madre adolescente), “perder el control mientras todos te ven”(Monólogo de la flautista) Esta es una enfermedad de tipo múltiple, es decir, su forma de manifestarse es única en cada individuo, aunque sea posible identificar patrones y tendencias según su génesis sociológica.

El cerebro es el órgano más importante y complejo del cuerpo humano, se acciona a través de procesos químicos que involucra a billones de células nerviosas, en el que cada estímulo del exterior desencadena reacciones eléctricas. Para esto, las neuronas deben sintetizar sustancias químicas y comunicarse en un proceso llamado sinapsis. El mensaje

químico como neurotransmisor viaja por los espacios sinápticos generando una interacción neurona a neurona. La neurociencia y la psiquiatría afirman que el cerebro de una persona deprimida no logra sintetizar adecuadamente algunos neurotransmisores como la serotonina, encargada de transmitir señales para regular la intensidad de la síntesis, moderar la función gastrointestinal, reducir el apetito, modificar el estado de bienestar, entre otras funciones.

Estudios posteriores en psiquiatría y psicología clínica<sup>11</sup> afirman que, si bien la depresión es una enfermedad mental que tiene sus bases en la química cerebral, se reconoce que es detonada por elementos vinculantes con lo social, actualmente es relacionada con los residuos de la modernidad, pero en el recorrido histórico de la humanidad, cada sociedad ha tenido detonantes para los trastornos mentales, hoy en día se puede decir que la separación de la estructura familiar tradicional, la guerra, el ritmo de vida, la soledad, incluso la ruptura del sistema de creencias tales como la religión, la política y la moral que se han encargado de guiar las dinámicas sociales, son los factores de inicio de un trastorno depresivo.

Para Andrew Solomon, profesor de psiquiatría de la Universidad de Cornell en los Estados Unidos, en su obra *El demonio de la depresión: Un atlas de la enfermedad* (2013), señala que la depresión no puede ser entendida aislada de aspectos como el contexto histórico, las condiciones políticas, económicas y situaciones vivenciales de cada individuo, aclarando que no es preciso definir cuál es la situación que más influencia tiene sobre la

---

<sup>11</sup> Se hace referencia a los siguientes estudios:

1. Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes, de la revista *Terapia psicológica* (2006) Autores: Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V.
2. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor, en la revista *Neurología, Neurología, Psiquiatría* (2006). Autores: Castro, L., Ramírez, Z., Aguilar, M., & Díaz de AVM.
3. Factores psicosociales de la depresión, en la *Revista Cubana de Medicina Militar*. Autores: Díaz, L. J., Torres, V., Urrutia, E., & Moreno, R.
4. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana, en *Revista Panamericana de Salud Pública*. (2011) Gómez Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz Granados, N.

enfermedad, pero que cada una de esas interacciones tienen un porcentaje de responsabilidad, mayor que el que se le ha asignado a la química cerebral.

Para posicionar al lector en lo que es la depresión, se usa un ejemplo de Solomon:

La mayoría de las personas han pasado por momentos de desesperación inexplicable, a menudo en medio de la noche o al amanecer, antes de que suene el despertador. Si esos sentimientos duran diez minutos, producen un estado de ánimo extraño, desapacible; si duran diez horas, se convierte en una suerte de estado febril y perturbador, y si duran diez años, se convierte en una enfermedad crónica. (2013)

Para 350 millones de personas que sufren de depresión en el mundo, es difícil poner en palabras lo que viven con la enfermedad o lo que puede llegar a significar para cada uno de ellos. La depresión tiene sus niveles de afectación y tipologías, según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2016) se puede distinguir en estados severos y prolongados, que suprimen toda voluntad de bienestar, es reconocida como depresión mayor, mientras que la depresión menor es identificada por episodios cortos y síntomas leves. Cada individuo presenta diferentes síntomas en sus episodios depresivos, puede ser caracterizada por tristeza, falta de motivación, bajo rendimiento laboral, académico, poca productividad, pérdida del apetito, falta de energía, nostalgia, enojo, fatiga muscular, preocupación obsesiva, pensamientos suicidas, frustración, culpa, combinado en muchos casos con trastornos psicósomáticos, los cuales generan problemas orgánicos. Es común ver personas depresivas con dolores abdominales fuertes,

dolor en el pecho, la espalda, cabeza o garganta, que al realizarse los exámenes físicos no revelan ninguna causa orgánica.<sup>12</sup>

Las tasas aumentan cada día y solo el 2% de la población enferma recibe un tratamiento eficaz y acorde a sus condiciones, en el que se resalta que el contexto de cada paciente debe pasar por la comprensión de su médico y el 15% de las personas deprimidas entre los 15 y 29 años están en mayor riesgo de suicidio. (Greden, 2014)

La depresión no afecta de la misma forma a hombres y mujeres, los síntomas se pueden manifestar diferente, varía según la cultura y los aspectos biológicos. Los hombres pueden sintetizar 50% más rápido la serotonina y las mujeres viven con niveles oscilantes de estrógeno y progesterona que tienen efectos en su estado de ánimo, sobre todo cuando interactúan con el sistema hormonal hipotalámico y pituitario. (Solomon, 2013) Estos cambios no son constantes ni previsibles y aunque la mujer sufra de tres tipos más de depresiones que los hombres como la posparto, premenstrual y menopáusica, los aspectos biológicos se vuelven insuficientes para explicar el elevado índice de depresión en mujeres, es así como este problema comienza a entenderse desde lo político y social.

---

<sup>12</sup>1. En la entrevista reflejada en el *Monólogo sobre cómo robar una infancia* (Capítulo 2), Rosita, es una mujer que presenta una condición cardíaca delicada, su corazón solo funciona en un 30% y es diagnosticada con depresión mayor y trastorno psicossomático. Cada vez que tiene un episodio depresivo, siente mucho dolor en el pecho, en el brazo, le dan náuseas y le falta el aire. Por su condición médica orgánica debe ir a urgencias inmediatamente tiene los síntomas y le deben realizar exámenes para verificar su estado. En el último año 7 de sus ingresos a urgencias fueron por depresión.

2. La protagonista del *Monólogo sobre la soledad*, también manifiesta sufrir de amigdalitis, fiebres altas y dolores musculares cada vez que pasa por un episodio depresivo, al igual que la protagonista del *Monólogo de una soñadora*, agregando que pierde completamente el apetito.

3. La protagonista de *Monólogo de una mamá joven*, dice que con la depresión también le dan fuertes dolores de cabeza, que le impiden pararse de la cama.

## La depresión en hombres

Para los hombres deprimidos, sus síntomas pueden fluctuar entre el enojo y la agresividad, lo que dificulta el diagnóstico de un especialista o un sistema de apoyo; reconocer que necesitan ayuda, hablar sobre el tema o seguir un tratamiento, es una decisión que está fuertemente marcada por estigmas y prejuicios, lo que impide una atención oportuna; además de la irritabilidad, una diferencia notable con la depresión femenina está en la necesidad de practicar actividades de alto riesgo, aislamiento total de familia y amigos, consumo de alcohol o drogas, promiscuidad, pensamientos suicidas o intentos de suicidio.

Entre los factores de riesgo para una depresión masculina se encuentran los antecedentes familiares, abuso de alcohol, drogas, problemas financieros, ausencia de empleo, problemas amorosos, pérdida de un ser querido, situaciones estresantes, cambios repentinos y abandono. Las enfermedades orgánicas graves como el cáncer, los problemas cardiovasculares, el Parkinson o la diabetes pueden detonar una depresión o aumentar los síntomas de esta. (National Institute of Mental Health, 2014)

Los hombres se encuentran en mayor riesgo de cometer suicidio, mientras 5 de cada 100.000 mujeres se suicida, 20 de cada 100.000 hombres lo hace. Se ha demostrado en diversos estudios<sup>13</sup>, que el mayor factor de riesgo es el estigma de la *masculinidad*

---

<sup>13</sup> Ver los estudios de Anne Maria Möller-Leimkühler, socióloga alemana investigadora en la línea de Psiquiatría social, estigma, obligación del cuidador, género y salud mental.

1. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? (2003) publicado en: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.
2. Men and depression: gender-related help-seeking behavior (2000) publicado en: Fortschr Neurol Psychiatr.
3. Relaciones del conflicto con el rol de género masculino y la actitud sexista con la violencia familiar, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de una muestra bogotana de hombres (2003) de Viviola Gómez Ortiz, publicado en: Suma Psicológica.

*tradicional*, que los obliga a adoptar características como la inexpresividad emocional, afición a los deportes, profesiones adjudicadas como la ingeniería, la construcción, carrera militar, el derecho, la medicina, aviación, la filosofía, arquitectura, la política entre otras, uso de la fuerza bruta, manejo de herramientas, discriminación a la mujer, autosuficiencia, trabajadores, jefes y proveedores del núcleo familiar, abuso del alcohol, sexo, apatía por los oficios domésticos o la paternidad comprometida, etc. Estas presiones sociales que pueden ser más estrictas según su cultura generan una lucha interna al no querer adoptar ese estigma como identidad y al hacer una ruptura, de la cual terminan siendo calificados de débiles, fracasado o *afeminados*, aislándolos por completo de su espacio social.

### **La depresión en niños**

Cada depresión tiene su historia y su forma de manifestarse, en los niños nunca será de la misma forma que en los adultos, es necesario tener consciencia del *yo* y del mundo para sufrirla de la misma forma.

### **Tres depresiones propias de las mujeres <sup>14</sup>**

*Depresión posparto*, además de estar relacionada con un cambio hormonal fuerte, también está asociada a los estereotipos sobre la maternidad y el embarazo, el sistema de apoyo emocional y material después del parto y las garantías de poder satisfacer sus necesidades de capital económico, social y cultural desde la maternidad sobre todo en la fase inicial.

---

<sup>14</sup> Para alcanzar una amplia visión del trasfondo para las mujeres del trastorno depresivo se expone en dos dimensiones, como problema social y problema político.

### **Es un problema social**

Durante la gestación, los cuerpos de las mujeres atraviesan grandes cambios, físicos y psicológicos, coexistiendo con las imposiciones sobre cómo se deben vivir esos cambios y la actitud frente a ellos, provenientes en su mayoría de la concepción cristiana. Por lo general, las mujeres se sienten silenciadas en las transformaciones que atraviesan sus cuerpos, los cambios físicos y químicos tienen consecuencias orgánicas y emocionales, atravesadas por las demandas sociales, lo cual en conjunto pueden generar grandes rupturas en los sistemas de bienestar, teniendo en consideración además, que sus condiciones concretas de vida tienen un importante valor a la hora de preservar un equilibrio mental. Los trastornos depresivos son muy comunes en el estado de gestación, porque según los valores y creencias culturales apropiadas, la responsabilidad del cuidado y crianza de su descendencia, será plenamente de ella. Cuatro de cada diez mujeres en embarazo sufren de depresión durante ese tiempo, asociadas en su mayoría a los fuertes cambios hormonales, invisibilizando otros causantes.

### **Es un problema político**

Susan Nolen- Hoeksema en su obra *Sex difference in depression* (1990), plantea que los aspectos biológicos de las mujeres se han venido usando como excusa para no asumir las responsabilidades políticas frente a las enfermedades mentales como residuos del aislamiento y vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres en la sociedad. En Colombia, la legislación se encargó de definir los roles en la estructura familiar. La ley 1822 de 2017 aumentó la licencia remunerada de maternidad a 16 semanas, mientras que la licencia remunerada de paternidad es de 8 días y debe ser demostrada con el registro civil de nacimiento. Es decir, la ley colombiana asume que la responsabilidad del recién nacido es



plena de la madre al entregarle 104 días menos de licencia a los padres, donde esto a la larga se convirtió en un grave problema para las mujeres, ya que los empleadores prefieren contratar hombres así estén menos capacitados para ocupar un cargo, si la mujer se encuentra en edad fértil.

La tasa de desempleo para hombres en el primer trimestre de 2018 fue 7,4% y en el 2017 de 7,2%; mientras que para las mujeres en el mismo trimestre 2017 fue de 12,4% y 12,1% en el 2018. (DANE, 2018) Este no es un fenómeno nuevo en la sociedad colombiana y se puede hablar de una generalización en el mundo, en el que la capacidad de ser madres ha limitado las posibilidades y los espacios sociales para las mujeres, éstas pertenecen a la vida privada, mientras que los hombres a la vida pública.

Ahora, puede que los derechos laborales implementados para las mujeres no cambien radicalmente el rol que le ha construido la sociedad, pero iguala las oportunidades de desarrollo profesional y de autonomía. Algunos de los ejemplos en el mundo son Francia, donde existe licencia remunerada al 100% para ambos padres por 20 semanas y pueden ser alternadas durante un año, en Suecia la licencia materno- paterno existe desde 1974, en la actualidad por su primer hijo ambos reciben 64 semanas remuneradas en un 80% y desde 1995 tienen incentivos para motivar a los padres a tomar mínimo un mes de licencia, en Noruega, le ofrecen 46 semanas 100% remuneradas a la madres y 5 semanas al padre, en Cuba tienen un año de licencia laboral remunera al 100% y la opción de escoger cuál de los dos padres la tomará.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Las cifras presentadas fueron tomadas de la Organización Internacional del Trabajo, artículo de prensa “Papá moderno: La política progresista de Noruega sobre permiso de paternidad” (2004) y de empleo.com artículo “Países con más días de Licencia de Maternidad en el mundo” (2011)

*La depresión premenstrual*, es uno de los síntomas reconocidos dentro del *síndrome premenstrual* que se puede presentar de 5 a 11 días antes de comenzar el ciclo y se manifiesta en fatiga, ansiedad, descontento general, irritabilidad y tristeza. El 85% de las mujeres expresan que han vivido uno o más de estos síntomas durante sus ciclos menstruales sin mayores repercusiones, 8% pueden presentar síntomas incapacitantes y tratables con antiinflamatorios, analgésicos, medicamentos psicoactivos o supresores de ovulación, mientras que el 7% de las mujeres en edad fértil se ven afectadas severamente por el *síndrome disfórico premenstrual*, confundido comúnmente con un trastorno bipolar, cuando es una condición médica aún idiopática. Estudios recientes en mujeres mal diagnosticadas con trastorno bipolar, las cuales no encuentran mejora con el tratamiento propuesto, evidencian procesos inflamatorios provenientes de infecciones en los ovarios, que producen depresiones mayores, migrañas fuertes, acné, infecciones en la piel y fatiga muscular. (Lolas, 2001)

Un grupo de investigadores del National Institute of Mental Health en Bethesda, afirma que los síntomas producto del *síndrome disfórico premenstrual*, está reducido a una sensibilidad anormal de las mujeres por un cambio hormonal natural (2012) Esta visión ha sido muy criticada por ginecólogos y neurocientíficos, porque además de subestimar una problemática particular de las mujeres, desconoce la importancia de la interacción de las hormonas con los neurotransmisores como las endorfinas, los factores nutricionales, el estilo de vida y la obligación de mejorarle la calidad de vida a las mujeres que lo padecen.

## **Es un problema social**

La menstruación interfiere en aspectos económicos, sociales, culturales, religiosos, políticos y biológicos de la vida de las mujeres. En torno a esto existen creencias y estigmatizaciones que buscan explicar el comportamiento femenino a través de su ciclo vital, condenarlas, aislarlas, discriminarlas y en muy pocas culturas aceptarlas. Simone de Beauvoir, en su obra *El segundo sexo* (2002) presenta como en diversas sociedades primitivas, las mujeres al estar en su edad reproductiva, pasan a ser señaladas como impuras por la existencia de tabúes, practicando rituales que lastiman su dignidad como personas, tales como dejarlas expuestas sobre el tejado de una casa, aislarlas de su comunidad, incluso no poder tocarlas ni mirarlas, además de creencias como que pueden marchitar las flores, agriar la comida, ahuyentar los espíritus y generar impotencia en los hombres.

En la actualidad todavía persisten algunas prácticas como la hindú llamada *chhaupadi*, que aísla a las mujeres durante sus periodos menstruales y previos al parto, justificando que son impuras. En Nepal tras la muerte por asfixia de una mujer de 15 años quien estaba en aislamiento por la llegada de su periodo menstrual, el parlamento que ya había prohibido la práctica inhumana en el 2005, tras los últimos hechos implementó una pena de prisión de tres meses y una multa de 30 dólares a su incumplimiento, diez años después de su prohibición. (Redacción BBC Mundo)

La menstruación está asociada a aspectos económicos y de salud, relacionados con el acceso a elementos propios para la higiene personal. Hoy en día se tiene la posibilidad de usar tampones, toallas higiénicas, copas de silicona, entre otras opciones, pero, el acceso de estos está limitado para millones de mujeres. La construcción social en torno a la

menstruación se ha convertido en un símbolo de vergüenza y se cuida que los hombres lo reconozcan como parte de la identidad.

### **Es un problema político**

Cuando las mujeres arriesgan su salud usando papel periódico, trapos, barro, incluso cortezas de árboles para impedir que la sangre sea visible, exponiéndose a infecciones e incomodidad, se convierte en un problema político. La menstruación no puede ser eje de exclusión para las mujeres, no solo los síntomas físicos y psicológicos por los cuales son estigmatizadas son un problema, sino la posibilidad de acceder a elementos de cuidado y protección, que, si no pueden adquirir, las imposibilitan en sus actividades cotidianas durante el periodo menstrual.

En Colombia, los productos de higiene femenina han estado gravados desde 1974, antes de la reforma tributaria aprobada en diciembre de 2016 fue de 16% de IVA y esta le aumentó tres puntos porcentuales. A partir de la campaña *Menstruación libre de impuestos*, promovida por Justicia Tributaria, comienza el debate en el país sobre la inequidad presente entre ambos sexos. El impuesto de 19% sobre productos de primera necesidad para mujeres finalmente queda reducido al 5%.

Este es un debate que se ha comenzado a dar en el mundo, países como Irlanda y Canadá eliminaron recientemente el impuesto y deja manifiesta la pregunta, ¿qué otras leyes están vulnerando los derechos de las mujeres?

*La depresión menopáusica* no es una realidad para todas las mujeres, las condiciones de su entorno tienen un rol importante en el disfrute de esta nueva etapa en la vida femenina que ocupa una tercera parte. En este tipo de depresión interviene principalmente el estilo de vida, el cual incluye la dieta, acceso al sistema de salud, posibilidad de ejercicio y tiempo de esparcimiento. Esta etapa está marcada por la desaparición definitiva de la menstruación, significando que ya no hay función ovárica. Entender los cambios físicos por los cuales está pasando el cuerpo y los síntomas que producen esos cambios, facilitan la aceptación de esta etapa. Algunos de sus síntomas además de la ausencia de la menstruación, son la fatiga, sudoración, sofocos o sudores nocturnos e insomnio. (Capote, Segredo , & Gómez, 2011)

### **Es un problema social y político**

En el informe presentado por la ONU sobre el Estado de la población mundial en el 2017, destaca que Colombia ha avanzado en salud y derechos reproductivos, aunque eso dependa de múltiples variables en donde la “CIPD afirmó que la reducción de las disparidades que afectan a las mujeres y las niñas en ámbitos como el de los ingresos, la educación y el empleo, entre otros, dependerá en gran medida de que se les facilite el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos.” (UNFPA )

Entre lo que se señala como un avance se menciona el acceso a métodos anticonceptivos, planificación familiar desde el Plan Beneficios en Salud y la interrupción voluntaria del embarazo, derechos que todavía restringen la libertad de las mujeres y no reducen efectivamente las desigualdades de género. El ejemplo está con la despenalización del aborto a través de la Sentencia C-355 de 2006 bajo tres causales:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

¿Qué sucede con la mujer que no cumple ninguna de esas causales? Si desea abortar, porque no tiene las condiciones materiales o emocionales para sostener un hijo, porque no está en sus planes la maternidad o porque se reduce a un accidente, no es legal el aborto, las mujeres no tienen plena autonomía de sus cuerpos en Colombia. Las cifras que presentó el DANE en el 2016, deja expuesto que las medidas tomadas sobre derechos reproductivos de las mujeres son insuficientes y siguen aumentando brechas de desigualdad y pobreza. El 20,5% de mujeres con hijos en el país lo tuvieron cuando tenían entre 15 y 19 años, entre el 20% a 45% de adolescentes dejan de asistir a la escuela para asumir el rol de la maternidad o la paternidad, y tres de cada diez madres tienen solo básica primaria en su formación académica.

Ahora, la salud femenina es algo que continúa siendo un tabú en las dimensiones social, cultural, política y económica, las cuales son transversales al cumplimiento efectivo de los derechos. En promedio, la edad para experimentar la menopausia en Colombia son los 55 años y se enfrentan tres problemas, el desconocimiento, los imaginarios sociales y el

desamparo del sistema de salud, el cual no contempla la menopausia en el MAPIPOS<sup>16</sup>, regulador por niveles de las actividades médicas y paramédicas ni en los Programas de Promoción de la salud, Educación en salud y Prevención de la enfermedad (PEP), además según lo consagrado por la Ley 100 de 1993, la menopausia es justificada desde la globalidad e integridad, ya que afecta a todas las mujeres en edad madura. (Vásquez, 2002)

En materia de derechos sexuales y reproductivos, las mujeres deben de estar en la opción de vivir libre y autónomamente su orientación sexual, del disfrute pleno de su sexualidad sin coacción, acoso, miedo o prejuicios, en la libertad completa sobre su cuerpo y reproducción, acceso a los servicios de salud, educación y prevención y protección en caso de ver sus derechos vulnerados, pero en Colombia prevalece la moralidad, la censura y la discriminación de género, poniendo en riesgo la vida y la integridad de las mujeres.

---

<sup>16</sup> Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS.

# Capítulo 2

## Monólogos de la depresión

A continuación, se presentan los resultados de una serie de entrevistas realizadas a seis mujeres diagnosticadas con depresión, con el fin de reconstruir sus historias de vida. Luego de haber recopilado la información se tomó la decisión de presentarlos en forma de monólogos narrados por sus propias protagonistas.

Para Álamo (2013), los monólogos dentro de la investigación social, son “como antítesis del realismo”, en la que las narraciones se convierten en la inmersión de las identidades de los sujetos contemporáneos.

Estos monólogos guardan fidelidad con las historias de vida compartidas en las entrevistas. En algunos casos se decidió cambiar el tiempo de la narración y suprimir nombres e información personal con el fin de respetar la identidad y privacidad de las personas que compartieron su universo personal en este proyecto investigativo, pero se respetaron con rigor todos los hechos con el fin de no alterar la información recopilada.

El principal objetivo al presentar los hechos a través de una reconstrucción estética de las historias de vida es el despertar la empatía del lector y permitir la reflexión desde un punto de vista más humano.





Ilustración 1: Monólogo sobre cómo robar una infancia. Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)

### **Monólogo sobre cómo robar una infancia**

—Mami, ¿por qué estás llorando?

Me preguntó mi hija menor. Me limpié las lágrimas y no me salían las palabras para decirle que su papá se había ido. La abracé como si fuera una despedida y le dije: «Estoy cansada, fue un día largo»

Me miró de nuevo comprobando mi cansancio, se soltó de mis brazos y corrió hacia la cocina.

—Tengo hambre.

Yo seguí sentada en el piso en medio de papeles y cuentas por pagar, no sabía qué iba a hacer con mis cuatro hijos. ¿Cómo los iba a terminar de criar sola?

Volví a la realidad.

Esa noche no fui capaz de dormir bien, no entendía lo que estaba pasando. Estaba sola, ¿Era lo que yo quería? Pensé acostada en mi cama entre mareada y confundida, recordando todas las veces que, en la infancia, había deseado estar sola.

Desperté, eran más de las 8:00am, los niños se habían ido para el colegio. Me paré de la cama para asegurarme de que fuera cierto y comencé a llorar, esta vez sí lo dejé fluir. Lloré a gritos ¿estoy sola o soy libre?, me preguntaba una y otra vez, sin dejar de llorar. Pasaron horas y todavía salían las lágrimas, no era tristeza, era un sentimiento diferente que no lograba identificar.

Cogí el teléfono y llamé a mi hermana.

—Rosita, ¿estás bien?

Respiré profundo —Sí, mi marido me dejó—

Nos quedamos calladas casi por un minuto — ¿Qué vas a hacer? —silencio—Ya voy para allá

Estaba terminando de hacer el almuerzo cuando tocó la puerta, le abrí y me miró con un poco de lástima. Después de almorzar nos sentamos en la sala a tomar café, ninguna de las dos había mencionado el tema.

—¿Y cómo le vas a contar a los niños?

—De la misma forma como mamá nos contó a nosotros. Sin palabras.

—¿Y cómo vas a pagar las cuentas?

—Trabajando. Toda la vida he trabajado. Federico y Marcelo ya están muy grandes, también pueden trabajar.

Esa noche hablé con mis hijos y les dije que tenían que buscar trabajo, sin darles más explicaciones. El menor me dijo: «no estás sola, mami», y fue el que asumió el papel de proveedor principal en la familia. Pasaron los años. Me enteré de que mi marido estaba viviendo con otra mujer y ya tenían un hijo. No me dolía. No sentía nada. Yo estaba trabajando como empleada de servicio en un edificio del centro, tenía fama de hacer bien las cosas y nunca me faltaba el trabajo. De algo sirvió que me tocara hacer casi todo cuando era niña en mi casa. El pago apenas alcanzaba para cubrir los gastos. El menor, ya estaba casado y tenía una bebé. Ya no me podía ayudar como antes.

Ahora todos mis hijos eran mayores, mi única hija estaba terminando el colegio y me ayudaba más con las responsabilidades de la casa.

[Suena el teléfono.]

—Aló.

—¿Usted es la mamá de Federico Martínez?

—Sí señora, con ella.

—La llamo del Hospital Pablo Tobón Uribe.

—Sí, señora.

—Su hijo sufrió un accidente de tránsito y en este momento está entrando a cirugía, requerimos que venga lo más pronto posible.

—Ya voy para allá.

[Cuelga el teléfono.]

Sentía como se me desvanecía el piso. Las manos me temblaban, tenía una corriente fría que me pasaba por los brazos, el corazón cada vez me latía más rápido. Tenía miedo, pero también mucho dolor, como si se me partieran el corazón a pedazos. Alcancé a llamar a mi hija y no recuerdo más.

Desperté en la Clínica Medellín. Mi hermana estaba a mi lado, rezando el Santo Rosario. La miré sin poder hablar y me dijo que llevaba dormida 16 horas, que me había dado un infarto y que me salvé por un milagro de la Virgen María. Seguía sin poder hablar. Tenía una máscara de oxígeno y cables que me salían de todas partes. Me toqué el pecho y sentí mucho dolor. Lo único que pude decir fue “Federico”

— Él está bien.

Pasaron 22 años. Después de ese infarto he tenido varias intervenciones cardiovasculares. Dieciséis catéteres, dos infartos menores, un corazón que funciona solo al 30% pero que sobrevive.

Hoy la enfermera entró a mi cuarto muy feliz, no sé por qué, tampoco quise preguntar. Me dijo que a las 2:00pm me iba a atender una psicóloga.

—¿Psicóloga?

—Sí, van a descartar algún otro problema de salud.

No me dijo más. Seguro el cardiólogo creía que yo estaba loca.

—Buenas tardes, Rosita.

—Buenas tardes, doctora.

—¿Cómo se siente en este momento? ¿está cómoda?

—Sí, doctora, tengo un poquito de dolor en el pecho, pero ya me siento mejor.

—Bueno, Rosita, yo no soy cardióloga, yo soy psicóloga clínica y vine para que hagamos unas pruebas.

—¿Unas pruebas de qué, doctora?

—Resulta que en el último año la han ingresado por urgencias 22 veces y nos preocupa que algo más esté pasando.

—¿Algo como qué?

—Hagamos las pruebas primero, no saltemos a conclusiones.

Después de muchas preguntas sobre mi vida y mis hábitos, me dijo que sufría de depresión mayor y que por mi condición cardiovascular no me pueden mandar medicamentos para eso.

—Mami, pero... eso... ¿qué es?, me preguntó mi hijo mayor.

—No sé, mi amor, creo que es la tristeza que me da.

Para darme de alta me toca comprometerme a que voy a ir dos veces al mes a hablar con una psicóloga. Me sentía como si estuviera loca. Solo le conté a mis hijos. Me daba pena contarle a alguien más.

En la primera sesión me preguntó si recordaba desde hace cuánto me daban episodios depresivos.

—¿Episodios depresivos? ¿Y eso cómo da?

Me molestaba que hablara de algo que yo no entendía qué era.

A la quinta sesión ya no quería volver a saber nada de ella, tantas preguntas de mi vida me hacían sentir expuesta. Dejé de ir.

Mi hija me convenció de buscar otras alternativas, entonces comencé a ir a misa, pero no sentía nada diferente. Cambié de iglesia. Ahora me sentía culpable, el pastor decía que mis problemas eran por haber dejado ir a mi marido. Después de unos meses también dejé de ir.

Pasaron los días y ya se me estaba olvidando el tema de la depresión, cuando de repente me dio una de esas crisis. Ya no tenía ganas de hacer nada. Ese día me encerré en mi cuarto. No atendí a mi hija ni a mi nieto que vivían conmigo, tampoco les dije nada. Solo quería estar sola y recordé que así me sentía pequeña. Siempre quería estar sola, pero no podía. Tenía que atender a mis hermanos, hacerles de comer, planchar la ropa de papá, limpiar el piso, lavar la ropa. Yo quería jugar en el patio, tener muñecas, jugar a la casita, no tener una de verdad.

Recordé todo y comencé a llorar. Lloré porque a los ocho años me tocó dejar la escuela para jugar a la mamá. Porque a los once dejé la música para cuidar a mi hermana en coma. Porque papá nos pegaba y gritaba que éramos inútiles. Lloré porque a los catorce años me convertí en una mamá y me echaron de la casa. Porque el papá de mi bebé se fue cuando le conté que estaba embarazada. Porque me tocaba llevarme a mi bebé a trabajar conmigo y dejarlo en una cajita de cartón acostado. Porque me casé con un hombre que me obligaba a trabajar como una mula. Porque era un borracho. Porque me dejó. Lloré porque sentía que no tenía ningún valor. Porque siempre estuve obligada a cuidar de otros, nunca de mí.

Ese día lloré, dormí, desperté agradecida de estar ahí en mi cama, sola.

Después de eso volví donde la psicóloga. Me dijo que era probable que mis síntomas de problemas cardiacos estuvieran relacionados con la depresión. Mi cuerpo se enfermaba para que yo pudiera descansar en un hospital.

Yo no tenía ese derecho. Incluso enferma me tocaba atender a mi familia, trabajar sin parar.

Ya estoy vieja. Este es mi momento de descansar.

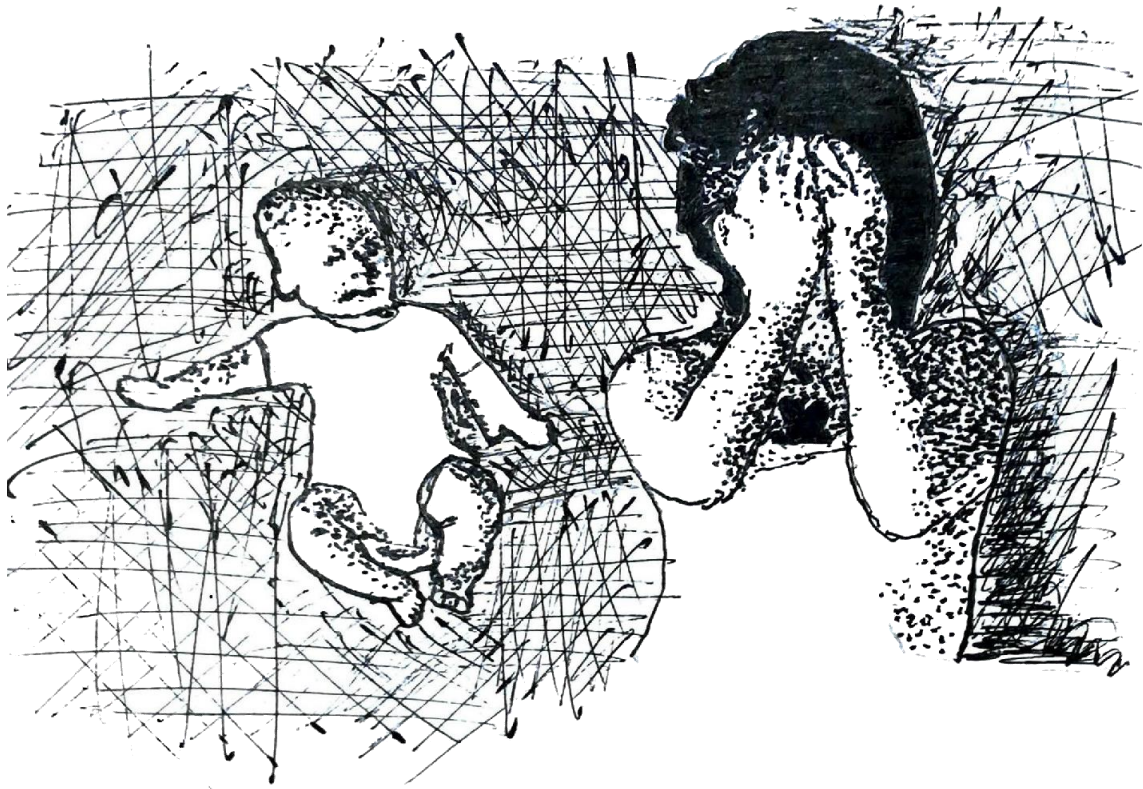


Ilustración 2: Monólogo de una madre adolescente Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)

### **Monólogo de una madre adolescente**

Estaba parada frente al espejo del baño, mirando con angustia mi cuerpo. Trataba de descifrar lo que solo una prueba de embarazo me podía decir. Tenía miedo y nadie con quien hablar.

Compré la prueba casera. Salí de clase de 8:00am directo para el baño. Dudé al utilizarla, me temblaban las manos. Me sentía intimidada por un palo de plástico.

Me encontré con mis amigos, ellos estaban desayunando en la cafetería principal y yo intentaba retener las lágrimas.



—Estoy embarazada.

— ¿Qué?

—Salió positiva la prueba.

Ya no quería nada más. Ni estudiar, ni comer, ni hablar.

No esperé para saber la reacción de ellos, cogí mi maleta y me fui.

Llegué a mi casa para encerrarme en mi cuarto. Comencé con una lista de opciones. La primera opción era abortar, la segunda tenerlo y la tercera morirme. Nunca quise ser mamá, ni siquiera me gustan los niños. Me miré el abdomen y todavía no lo podía creer.

No. Yo tengo otros planes con mi vida. Soy muy joven y ni siquiera puedo conmigo misma.

Ese día no hablé con nadie, tampoco comí nada. Me daba miedo alimentar a lo que fuera que tuviera *ahí* y que creciera más rápido.

Al otro día no quería pararme de la cama, no tenía fuerza para hacerlo. Nadie de mi familia me había buscado para hablar, casi como si no notaran que no había salido de mi cuarto en todo el día.

Tomé mi decisión y fui a contarles a mis papás. Sin rodeos dije: «Estoy embarazada y voy a abortar»

Estaban desayunando en la cocina, los dos me miraron esperando encontrar una barriga gigante. Mi hermana que había escuchado me preguntó por el tiempo de gestación.

—No sé, ahora me voy a hacer una ecografía.

— ¿Qué dijo Diego?, preguntó mi mamá.

—Nada porque no le voy a decir.

No esperé más preguntas y subí a bañarme. Antes de salir de mi casa me comí media manzana para quitarme el hambre, apenas lo justo para no desmayarme y para no alimentar a la *cosa*.

Le pedí a un amigo que me acompañara. Cuando entramos al consultorio todo me daba vueltas. Me acosté en la camilla y le pedí un vaso con agua a la enfermera.

Cuando la doctora me puso la sonda en el abdomen miré a la pantalla esperando encontrar una especie de monstruo. Había *lap- dáb, lap- dáb* en forma de maní.

La doctora me dice en tono alegre: «La placenta se ve muy bien y el corazón suena con fuerza. Esta es la sexta semana.»

Nicolás respondió por mí: «Gracias»

Cuando íbamos de regreso a mi casa hablé.

—No le voy a decir a Diego.

— ¿Todavía está en Bogotá?

— Sí, todavía debe de estar con la moza.

— ¿Lo vas a perdonar?

—No, fueron 6 años y él lo arruinó.

—Pues sí. Mira — Me entregó una bolsa de papel con unas pastillas.

— ¿Qué es?

—Para que abortes, pero tienes que esperar dos semanas. Ahí dice todo en las instrucciones.

Lo miré con ternura y le agradecí. Le di un beso en la mejilla y me bajé del carro. Esa fue la última vez que hablamos.

Entré a mi casa y mi mamá estaba esperándome en la sala. Tenía los ojos hinchados, supongo que era porque había pasado toda la mañana llorando.

— ¿Cuánto tiene?

—Seis semanas.

Me preparé algo de comer y volví a mi cuarto. En realidad, el ambiente en mi casa estaba muy tenso.

Mi exnovio volvió para amenazarme, si abortaba me mandaba a la cárcel. Mi mamá también me amenazó con echarme de la casa si lo hacía. Estaba sola. Esos fueron los 9 meses más largos de mi vida, no hubo día en el que no llorara. CANCELÉ semestre. No quería que me juzgaran. Salía de mi cuarto solo para comer. Perdí interés en todos los aspectos de mi vida. Tenía 20 años y estaba a punto de convertirme en una mamá, una *madre soltera*.

Cuando Felipe nació decidí darme una oportunidad con el papá. No lo hice por amor, era más bien que tenía miedo de criar al bebé yo sola. Después de un año y medio volvió a engañarme. Con eso fue suficiente.

Caí en el abismo más profundo. Todos los días salía a tomar y llegaba borracha a alimentar a mi bebé. Cuando nació me dio una razón para ser feliz, pero siempre parecía haber algo que se interponía. A mi hermano lo habían capturado.

Sí, él fue el que nos sacó de la pobreza extrema en la que vivíamos. Nunca he justificado sus acciones, pero gracias a él teníamos para comer, un lugar seguro para vivir,

salir a la calle sin miedo. El pagaba mi educación y todos mis gastos. Me ofreció su apoyo para dejar al papá de mi bebé, pero ya estaba en la cárcel y me dolía enormemente saber que de nuevo estaba sola.

Un día llegué a la casa muy borracha, casi no me acuerdo de esa noche. El bebé estaba llorando, lo levanté para alimentarlo y me quedé dormida. Solo recuerdo que me despertó el sonido de su cabeza contra el piso y luego el llanto desesperado. Me asusté tanto que se me quitó la borrachera. Sabía que necesitaba parar, que ya no podía seguir así.

La mañana siguiente fui a la Universidad, pedí reingreso. Mi hijo solo podría tener una mejor vida si yo terminaba la universidad. Comencé con el nuevo pensum, tenía que comenzar de cero, pero estaba dispuesta a hacerlo.

Dejé el alcohol por completo, no fue difícil. Lo que sí fue difícil era tener la voluntad de pararme de la cama todos los días. Muchas veces mi mamá atendía a mi bebé porque yo no era capaz de hacerlo.

Recuerdo muy bien un día que llegué tarde a un laboratorio, teníamos examen después de terminar la práctica. El profesor no me dejó presentarlo. Yo traté de explicarle que estaba atendiendo a mi hijo para que fuera al jardín y me dijo que ese no era su problema.

Mi caso llegó al Consejo Académico, pero la Universidad no estaba dispuesta a ofrecerle condiciones especiales a una estudiante que además era madre soltera. Me dieron una cita con psicoorientación para que me ayudaran a manejar mejor mi tiempo, porque según ellos, ese era mi único problema.

Me atendió una psicóloga joven. Le dije que solo necesitaba el papel que decía cómo manejar mejor el tiempo, porque tenía que ir a recibir a mi hijo que llegaba del jardín.

Ella me miró y me dijo que era muy valiente. Me dio una cita para el día siguiente y me dijo: «Nadie te puede juzgar por ser mamá»

—Eso es lo que todos hacen. ¿Cuál fue mi crimen? ¿Abrir las piernas?

Nunca me había sentido tan humillada y señalada.

Comencé terapia con la psicóloga tres veces por semana. Ella no solo me estaba ayudando a organizar mi tiempo, sino a aceptar que nada me podía limitar por ser mamá. Después de dos meses llegó el diagnóstico. Tenía un trastorno depresivo mayor. La única opción que me dieron fue medicarme. No quise y no volví a terapia.

Mi mamá también sufre un trastorno depresivo que empeoró cuando a mi hermano lo metieron a la cárcel. La medicaron y ahora es una mujer completamente diferente, es como si estuviera vacía por dentro. No expresa emociones. No protesta. No escucha.

Mi relación es tan distante con ella, que no me di cuenta de que sufríamos la misma enfermedad.

No le conté a nadie.

Hoy, cinco años después del diagnóstico, contando toda mi vida en esta entrevista, me doy cuenta de muchas otras cosas que me afectan y me hacen caer en depresión.

[Respira profundo.]

Mi novio de ahora siempre está haciéndome críticas por mi cuerpo y lo compara con el de otras mujeres, eso me hace sentir como si no fuera suficiente, como si tuviera que cambiar para que él me quiera. Esa batalla la di cuando tenía 16 años y la perdí, me operé la nariz para sentirme mejor conmigo misma y ahora otra vez siento que debo esforzarme para que él esté conmigo. Me siento insegura con mi cuerpo.

[Mira un punto fijo y se prepara para continuar]

También me afecta que mi mamá me diga todo el tiempo que yo soy mala madre porque no estoy las 24 horas del día con Felipe, porque estudio para darle una mejor vida, siempre me insiste para que deje la Universidad. [Hace una pausa] Me duele que mi papá le pegue y la trate como un zapato y ella siga con él.

[Mira el celular]

El mundo no parece hecho para nosotras, las mujeres. Cada vez que estoy pasando por mis etapas depresivas, que son muy frecuentes, escucho cosas como: «estás hormonal», «¿te dejó tu novio?», «¿te falta sexo?», «¡estás insoportable!»

Por eso yo sufro esto en silencio. Por eso decidí no volver a terapia. Sufro mucho porque las mujeres somos señaladas de un modo cruel por cualquier cosa que hacemos y sufrir de depresión nos hace ver débiles.

[Guarda silencio unos segundos.]

Yo sé que hay muchas cosas que me afectan y agravan mi depresión, cuando era niña y tenía que aguantar hambre porque no había nada en la nevera o cuando pasaban días y no sabía nada de mi hermano, cuando no tenía dinero para comprarle la leche a Felipe y el papá no quería responder. Ahora me afecta mucho sentir que soy la única que ayuda a mi mamá en los oficios domésticos porque los hombres no pueden coger una escoba. Todo eso me hace perder cada vez la fe de que puede haber un mejor mundo para mi hijo y para una enfermedad como la depresión.



Ilustración 3: Monólogo sobre la soledad. Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)

### **Monólogo sobre la soledad**

Yo creo que para entenderlo tengo que hablar de mi mamá. Desde muy joven le diagnosticaron depresión mayor y aunque lo supe a los 16 años, estoy segura de que sí tiene que ver conmigo. Es decir, me afectó, aprendí a vivir con eso, sí, pero me afectó. Recuerdo que pasaba mucho tiempo sola, todo el día estábamos juntas en la casa, cuando salía de la escuela, pero nunca en el mismo cuarto, cada una estaba sola. Siempre que pienso en mi infancia me recuerdo así, en soledad.



Papá decía que mamá arruinaba la convivencia, que ella tenía la culpa de cada pelea, que era difícil para él regresar a la casa después de estar todo el día trabajando. Y peleaban, se quedaban en silencio, todo en la casa era muy tenso.

Ahora lo pienso en retrospectiva, entiendo que lo fácil es culpar a la enferma y no hacerse cargo de lo de uno. Para mi papá era mucho más cómodo hacerlo. Mientras tanto yo, casi siempre, estuve lejos. Hasta los 20 años tuvimos una relación muy distante. Cuando yo tenía 6 años ella quedó en embarazo de nuevo y fue muy difícil para ella: fumaba y no era capaz de dejarlo. La hospitalizaron y, mientras tanto, mi abuela me cuidaba. En el hospital ella estaba casi todo el tiempo sola y yo también, me gustaba jugar en el parque, corría, me ensuciaba, eso me gustaba mucho, pero siempre que pienso en eso me recuerdo jugando sola, no tenía amigos. Cuando mamá regresó del hospital la abuela nos cuidó a las dos.

Yo estoy contando todo esto porque recuerdo que un día, mientras pasaban todas estas cosas, me fui a jugar con tierra, tenía pantalones cortos y una camiseta blanca, cuando volví estaba muy sucia y ella comenzó a gritar que ya no más, que yo tenía toda la culpa de lo que le pasaba, ya no me aguantaba, que me quería lejos, que era una desconsiderada cochina. Pero yo tenía solo 6 años. Cogí una maleta y comencé a empacar mi ropa y mis juguetes, mi papá llegó del trabajo y le pidió a mi abuela que me llevara con ella, que era mejor para mi mamá.

Irse es una solución, es la solución que se me aparece a menudo, ahora intento enfrentarlo, pero irse es una tentación, parece como si todo se pudiera solucionar yéndose.

[Se queda en silencio recordando]

Entonces hubo un *BabyShower* para mi mamá y no me invitaron porque “era para adultos” [hace el gesto de las comillas con los dedos], me mandaron a jugar al parque, entonces yo empaqué algo de comida en una maleta y me llevé unos globos y le dije a los niños que era mi cumpleaños, hicimos una fiesta. Nos sentamos a comer en las escaleras de la entrada de una de las torres. Mis papás se dieron cuenta porque me dieron algunos regalos y me castigaron por mentirosa. Yo les dije que estaba confundida, que había pensado que era mi cumpleaños. Hoy en día pienso que ellos solo se percataron de la mentira, pero no quisieron ver las razones, yo no quería estar sola.

La primaria la hice en el colegio salesiano, no era “la estudiante ejemplar” [las comillas se entienden por el tono de voz que usa para decirlo], era inquieta, los profesores se desesperaban conmigo. Todos los días mandaban notas a mi casa, por indisciplina. Pero lo que sí me gustaba mucho era la infancia misionera, llegué a Coordinadora de mi grupo misionero, ahí estaba mi hermana. Me emocionaba mucho el día de la semana que nos reuníamos.

Yo pasaba mucho tiempo sola en el colegio, siento que incluso me escondía. Me gustaba esconderme en la capilla, en la biblioteca de bachillerato...

Mi hermana fue creciendo y me responsabilizaron de ella, yo tenía 11 años y ella 4. Dejé de jugar como me gustaba y comencé a cuidarla. A mí me gustaba correr, patinar, montar en bicicleta, pero con ella solo podía ir a los columpios o pasear por ahí con el cochecito de ella. A veces se me perdía o se aporreaba y cuando pasaba eso me castigaban, la mayoría de las veces era castigo físico. Yo le tenía mucho miedo a mi mamá, ella reaccionaba

a todo con gritos, con violencia. Era muy poco afectuosa y para mí era una figura de autoridad injusta, me hacía llorar de la impotencia.

A mí me tocaron todos los golpes.

Cuando empecé el colegio trasladaron a mi papá a otra ciudad en el centro de Colombia. Los ingresos eran mejores y hubo mejores posibilidades de acceder a otros servicios de salud que antes no teníamos. Entonces mi mamá tuvo psicólogo, que la envió a donde un psiquiatra y luego estuvo con un neurólogo. Al final tuvo un tratamiento con medicamentos para oxigenar el cerebro, sus problemas de oxigenación los agravaba el cigarrillo.

Después del tratamiento cambió mucho, tenía amigas y salía con ellas, se volvió más tranquila, la convivencia en la casa mejoró mucho. La familia también cambió. Ella dejó el cigarrillo y todos empezamos a hacer ejercicio, íbamos a tenis, al gimnasio, empezamos una dieta más saludable porque a mí me habían diagnosticado hipoglucemia.

A los 16 años tenía una vida muy activa y con mucha presión. Estaba buscando un intercambio cultural en otro país y necesitaba las mejores notas en el colegio para solicitar grados anticipados. Estudiaba de 6:00am a 2:00pm, entrenaba tenis dos horas, a las 6 tenía clases de francés y regresaba a las 8 a hacer las tareas. Me encantaba estar ocupada. Los sábados hacía voluntariado con niños víctimas de violencia intrafamiliar, abandono, abuso sexual, adicción a las drogas... eso fue importante para mí. Siento que me dio la posibilidad de ver el mundo de otra forma.

Entonces me doblé el tobillo entrenando. Un esguince de segundo grado. Dos meses de incapacidad. Antes me gustaba cómo se veía mi cuerpo con el ejercicio, pero estar parada por la incapacidad y la dieta cambió eso. Ahí tuve la primera depresión que recuerdo. Dejé de darme hambre. Dejé de salir, cerré las persianas de la habitación y me quedaba todo el día ahí, estaba en vacaciones del colegio y francés y no tenía ganas de hacer nada nunca. ¿Mi familia?, no, ellos no se dieron cuenta, al principio escondí la pérdida de peso usando ropa ancha y sacos, siempre tenía mucho frío. A los 8 meses del accidente, mientras me bañaba, me desmayé y mi mamá se dio cuenta. Se puso a llorar porque se me veían los huesos marcados. Yo no recuerdo haber estado tan flaca como ella decía que estaba.

Ese día me llevaron donde una psicóloga y me diagnosticaron anorexia nerviosa. Mi dieta cambió, me mandaron suplementos alimenticios y subí 3 kilos en una semana. Para mí era horrible. Me habían prohibido los espejos, las cámaras, el celular, pero igual, cuando salía de mi casa me miraba en el espejo del ascensor y me veía gorda. Eso me hacía llorar. Entonces empecé a vomitar después de comer.

Se demoraron 3 meses para descubrirme. Después de eso me sometieron a un régimen de vigilancia terrible: no podía hacer ejercicio ni salir sola de la casa, mis profesores, mis amigas, todos, sabían lo que me pasaba y sospechaban de cada ida mía al baño.

Ahí fue que llegó la carta de aceptación del intercambio. El colegio me dejó graduarme anticipadamente. Mis papás vieron una posibilidad y condicionaron mi salida del país a que subiera 12 kilos. Entonces comencé a comer mejor. Yo tenía en mente subir ese peso y volver a perderlo cuando regresara. Pero irme del país me sirvió: el cambio de ambiente, la gente nueva, las clases del colegio, practicar tenis de nuevo. Empecé a sentirme

bien otra vez, dejé las dietas, se acabaron las preocupaciones con el peso. Mi estado de ánimo se estabilizó.

Volví a Colombia y todo estuvo muy bien durante bastante tiempo. En los últimos semestres de la universidad, volvió la depresión. No es que crea que se hubiera ido, de hecho, siento que la depresión siempre ha estado acompañándome. En la universidad fue la presión de cumplir con las expectativas de los demás.

Un día un profesor me preguntó por qué no estaba yendo a clase, ni había presentado unos trabajos y le dije que me estaba costando mucho levantarme de la cama, que tenía cansancio todo el tiempo, no tenía energía. Me pidió buscar ayuda. Yo ya llevaba varios meses en terapia, pero nunca había hablado con mi psicóloga de esos síntomas, entonces me diagnosticó trastorno depresivo leve, controlable sin medicamentos.

Cambié mis hábitos y aprendí a manejar el detonante de mi depresión, a entender mejor la enfermedad.

Ahora estoy mucho mejor, pero padecer depresión me hace reflexionar sobre el asunto, creo que la enfermedad es peor para las mujeres que para los hombres. Una mujer con depresión se ve como un sujeto frágil, poco inteligente con sus emociones. Siempre se ha pensado eso de las mujeres con depresión. Hay mucho desconocimiento sobre cómo actúa el trastorno depresivo, cómo cambia el mundo para el que lo padece, cómo se deterioran sus vínculos con otros, con sus responsabilidades, con sus ganas de vivir. Queda mucho por hacer.

Yo tuve suerte con mi enfermedad. Aunque no dejo de pensar que hace 10 años cuando me diagnosticaron el trastorno alimenticio, se equivocaron al no diagnosticar y tratar mi depresión. Esa era la base del problema.

[Se queda en silencio, haciéndome saber que ya dijo todo]

—Gracias por el tiempo.

—Fue un placer.



Ilustración 4: Monólogo de la flautista. Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)

### **Monólogo de la flautista**

Nací en una familia muy pobre. Mi papá era vendedor puerta a puerta. Mi mamá nos cuidaba a los tres hijos y mi abuelo que tenía una parálisis múltiple. Yo estaba recién nacida.

Ella cuenta que mientras estaba embarazada de mí pasó por muchas angustias, todos los días lloraba pensando de dónde iban a sacar la comida. Seis personas vivíamos en una casa de dos cuartos, un baño y una cocina pequeña. Yo viví ahí hasta los 16 años.

Cuando tenía 10 meses a mi papá lo atropelló una moto y se murió. Mi hermana mayor comenzó a estudiar y a trabajar para ayudar en la casa. El único ingreso fijo era la pensión de invalidez de mi abuelo.

A veces quisiera tener más recuerdos de mi papá, todos dicen que era el hombre más increíble del mundo y el más trabajador. Lo veo en fotos y le pido a mi mamá que me cuente historias de él.

—Un día que llegó después del trabajo, le pedí que por favor le cambiara el pañal, que yo ya no aguantara la espalda. Él lo hizo con mucho gusto. Después de hacerlo jugaron al avioncito. Lo que él no sabía era que yo la acaba de alimentar. Usted se vomitó en la cara de su papá. No le dio asco, sino que se ríó como loco. Siempre lo recuerdo así.

Él pudo haber sido mi mejor amigo. La única persona que me entendería. Yo sé que sería así. Creo que la vida fue muy injusta conmigo. Dios me lo quitó.

Mi infancia no fue feliz. Mi mamá me pegaba por todo. Para mí era muy difícil concentrarme en el colegio y siempre tenía los cuadernos en blanco. También llegaba con la mente en blanco. No sé porque no podía recordar nada de lo que me enseñaban.

Cuando estaba en primero de primaria, llamaron a mi mamá del colegio. Le dijeron que yo tenía un déficit de atención y que creían que tenía necesidades especiales.



Mi mamá empezó a amenazarme con pegarme si seguía llegando con los cuadernos en blanco o botando los colores. Yo la entendía porque la situación era muy precaria para que yo fuera tan descuidada.

—Margarita.

—Señora.

—Venga me hace el favor.

—Sí, señora.

—Mañana va a comenzar clases de flauta.

—Sí, señora.

—Para que se acueste temprano que es a las 8.

—Bueno, señora.

Así me enteré de que iba a estudiar flauta travesa. Al principio lo hacía por cumplir. Luego me di cuenta de que era la cosa que más me apasionaba, la única cosa que me apasionaba.

Aprendí muy rápido a tocar y era muy buena, aunque solo podía practicar en la escuela de música. Disfrutaba cada segundo que podía tenerla en mis manos, ya era mi sueño ser flautista profesional y comencé a prepararme para presentar el examen en la Universidad de Antioquia.

Cuando tenía 11 años mi mamá comenzó a trabajar y mi horario en la escuela de música cambió. Ahora las clases eran de 10:00am a 12:00m y a las 12:30m tenía que estar en el colegio. Como estaba sola, me tocaba preparar el desayuno y el almuerzo para toda la

familia antes de irme. Mis hermanos estudiaban becados en la Universidad, yo era la única que debía ayudar en la casa, incluso cuidando a mi abuelo.

Si me levantaba muy tarde no desayunaba porque no me daba el tiempo. Hacía el almuerzo rápido y almorzaba en medio de las clases si los profesores no se daban cuenta. A veces me iba con las medias mojadas porque no se secaban a tiempo o con el uniforme de otro día. Siempre estaba corriendo con todo.

Recuerdo una conversación con mi mejor amiga, yo le contaba que ya estaba cansada de que mis compañeros me metieran la mano por dentro de la falda o que me tocaran los senos.

— ¿Por qué no hablamos con Alberto?

—Porque no me va a creer.

—Podemos decirle a tu mamá.

—No, ella tampoco me va a creer y me va a pegar por decirle eso.

Finalmente decidí no contarle a nadie, pero cuando crecí me percaté de que soy bonita y que podía usar eso para aprovecharme de los hombres, entonces lo he usado siempre como un arma.

Toda mi vida había tenido mucha fe, creía en Dios, participaba en las actividades de la iglesia. Estaba segura de que con él de mi lado nada sería imposible. Un día me dijo el pastor: «Margarita, si quieres que Dios te acompañe en la audición que tienes en la Universidad, es mejor que comiences ahorrar para que le des una gran ofrenda.»

Así lo hice, ahorré todo lo que pude, incluso dejaba de comer en mis descansos para ahorrar. Trabajé haciendo domicilios los fines de semana y lo que ganaba, todo se iba para el ahorro que estaba haciendo. Alcancé a tener 500.000 que le servían más a mi mamá para comprar comida.

No pasé. Ese fue el momento más triste de mi vida. Yo me imaginaba enseñándoles música a los niños pobres, así como me enseñaron a mí, pero no pasé a la Universidad. Ese día juré que nunca iba a volver a la iglesia.

—Margarita, ¿ya está lista?

—Yo no voy a ir.

— ¿Por qué no?

—Porque yo no creo en Dios y el pastor es un ladrón.

Creí que me iba a pegar, pero no, se encerró en su cuarto por tres días a llorar. Ella también sufre de depresión. Cada vez que puede dice que yo estoy enferma por culpa de ella, porque lloró todo mi embarazo. Puede que sea verdad, pero yo tengo problemas más graves que la depresión.

Me gusta la muerte, todo el tiempo estoy pensando en ella. ¿Cómo va a ser mi funeral?, ¿cómo me voy a morir?, ¿me extrañarán?

Un día traté de suicidarme, me iba a tirar desde un edificio, pero no tenía con qué escribirle una nota de despedida a mi mamá. Entonces me arrepentí.

Fui a psicoorientación y les dije que pensaba en el suicidio. Inicié el proceso con una psiquiatra que me diagnosticó con depresión bipolar y trastorno obsesivo compulsivo. Me medicaron, pero no fui capaz de seguir con el tratamiento. Las pastillas me daban náuseas y mucho dolor en el pecho.

Siempre tuve la intención de comenzar terapia con una psicóloga. Estaba fuera de control. En un semestre ya me había acostado con 15 hombres, muchos de ellos extraños que hasta ahora conocía. Disfrutaba del sexo casual, pero me sentía vacía, perdida, sucia.

Me miraba al espejo y me daba asco mi reflejo. Así seguí por casi 3 años. Hasta que un compañero del trabajo me amenazó con publicar fotos y videos íntimos míos. Paré.

Pero eso no es lo único que hago, a veces me gusta sentir cómo sería la muerte y me cortó.

[Muestra las muñecas con cicatrices.]

Me gusta sentir el ardor en la piel y ver la sangre salir, casi incontrolable. Las cicatrices es lo que más me gusta en el cuerpo de otros, me atraen mucho.

Con los años y con todo lo que he vivido me he dado cuenta de que la depresión es simplemente una carga para las personas, sobre todo para las mujeres. Cuando he tenido parejas y se enteran de mi enfermedad me piden que no hable de ella o si tengo mala suerte, los dos vamos a estar igual de enfermos. Tampoco me gusta la gente con depresión. Todo es tan oscuro, tan silencioso, tan melancólico.

A pesar de eso, mi mamá, con su depresión, es una de las personas con las que mejor relación tengo hoy en día, aunque todavía no confío en ella.

Encontré la fórmula para controlar mis cambios de ánimo, cuando fumo marihuana todo se vuelve liviano y tranquilo. Lo hago a diario y sé que es por placer y no adicción, puedo dejar de hacerlo cuando quiera, aunque es verdad que al día siguiente me siento peor. Quizá la fórmula perfecta para la depresión sea simplemente estar ocupada.



Ilustración 5: Monólogo sobre el cabello crespo Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)

### **Monólogo sobre el cabello crespo**

Yo no crecí propiamente en Medellín, pero mi familia es toda de Antioquia y yo vivo aquí desde que comencé la Universidad. Soy de un pueblo de la costa. Cuando pienso en mi infancia se me viene a la cabeza muchos enredos y problemas con mujeres que querían arruinar el matrimonio de mis papás.

Tengo 3 hermanas, dos medio hermanas que son mayores, ambas son hijas de otras mamás y mi hermanita menor que es del matrimonio de mis papás.

Mi relación con la mayor de todas es muy buena. Yo la veo como una mujer muy valiente, muy fuerte. Su vida fue de verdad difícil y todo lo que tiene ahora es gracias a su constancia y trabajo duro. Aunque no sea hija de mi mamá, ella me la recuerda mucho. Son dos mujeres por las que siento mucha admiración. Mi mamá es ingeniera agrícola, es una mujer muy perseverante, soportó económicamente la familia por años, mientras mi papá estudiaba y conseguía un trabajo con mejores ingresos. Nunca la he visto quieta. Me fascina su carácter. La vida con mi papá no es fácil, a veces hay maltrato, gritos e infidelidades, pero ella pone siempre por encima los intereses de la familia. Yo quiero ser como ella, defendiéndome mejor del machismo.

En mi casa solo las mujeres debemos ayudar en las ocupaciones domésticas. Es muy frustrante y últimamente esa es mi pelea con ellos. Cuando mi mamá se encargaba de todas las cuentas y de llevar la comida a la casa, era lo mismo. Ella era la única encargada de las responsabilidades del hogar y de la crianza de mi hermana y yo.

Crecí viendo encantada a las princesas de Disney, películas de amor de Hollywood y series televisivas que siempre me sacaron de contexto con mi propia realidad. Ese fue uno de mis problemas. La vida se me volvía como una serie de ficción. Gracias a mi formación profesional me di cuenta de que tenía idealizadas muchas cosas de la vida con las que es muy difícil convivir. Salirme de la idealización se convirtió en mi lucha diaria.

Mi cuerpo es mi principal lucha. Trato de aceptarme tal como soy, todos los días de mi vida me repito que debo trabajar en mi autoestima, que mi cabello es hermoso y

representa mi etnia, mi tierra, mis raíces, pero es muy engorroso cuando veo que el ideal de mujer, el estándar que fija la sociedad, es tan diferente a lo que yo soy. Alta. Piel blanca. Cabellos lisos y rubios. Ojos claros. Músculos tonificados. Abdomenes planos. Yo no soy eso.

Cuando tenía 12 años me hice un alisado permanente en el cabello. Esperaba conseguir la admiración y el cariño de todo el mundo. Pero no pasó. Mi cabello es bastante crespo y cuando comenzó a crecer se veía espantoso porque una parte era liza y la raíz era rizada. Tuve una crisis terrible de autoestima. Me lo corté hasta donde era posible diferenciar los crespos.

Los niños y las niñas de mi colegio fueron crueles conmigo. Me decían que parecía un niño gordo. Eso me dolía mucho. Me pusieron apodos y me aislaron. Así de pronto, sin darme cuenta, ya no tenía apetito. Y ahí empezaron los problemas gástricos, tuve mi primera endoscopia.

—Abra grande la boca, solo va a sentir una molestia menor.

Introdujeron la sonda y luego:

—Muy bien. Ya la vamos a remover.

Fue algo corto y sin dolor. La preocupación llegó cuando me dijeron que tenía una úlcera que debía ser medicada porque se podía convertir en un cáncer. También me enviaron una dieta, pero no era capaz de seguirla. En ese momento tenía 14 años y en un mes había perdido casi 8 kilos. Me sentía fabulosa. Hermosa como nunca.



Recuperé a mis amigos, yo creía que eran mis amigos. Hoy sé que no fue así. Me gustaba tanto como me veía que dejé de comer casi por completo. Mi mamá notó el cambio y me llevó al médico, creían que el problema de las úlceras me estaban afectando de otras formas, no se imaginaban que era que yo no quería comer.

El médico general me envió suplementos alimenticios y se demoraron 4 meses más para darse cuenta de que no era un problema digestivo sino una decisión que yo había tomado. Cuando me atendió por primera vez un psicólogo me diagnosticó trastorno depresivo y anorexia nerviosa. Nunca recibí tratamiento para la depresión, solo para mi trastorno alimenticio. Creo que esa es la razón por la que no me he curado del todo.

Cuando llegué a Medellín tenía 17 años, hoy tengo 28. Me vine a vivir aquí porque era la única opción para estudiar la carrera que quería en una buena universidad, en el norte del país no la tenían en ninguna parte. Estudié en una universidad católica, privada.

Yo era una niña que tenía muchos problemas aceptándose. No tenía una identidad definida o carácter, por así decirlo. Estaba completamente sola en una ciudad nueva, muy grande y diferente de mi pueblo. Me sentía abrumada y perdida.

Antes de empezar el primer semestre ya estaba enamorada. Era la primera vez que sentía amor romántico, yo ya tenía en mi cabeza toda una idea de cómo debía ser el amor: trágico, sufrido, sumiso, permisivo, paciente, incondicional.

Así fui yo con ese amor. Todo el tiempo aguanté mentiras de todo tipo y perdonaba una y otra vez infidelidades. Mis papás son muy creyentes y siempre me decía: «Luciana, si

te pegan en la cara pon la otra mejilla.» «Debemos perdonar si queremos ser perdonados.»  
Para mí eso se traducía en que debía estar ahí y aguantar los maltratos.

Recuerdo una noche. Habíamos acabado de terminar. Él me dijo que ya no me aguantaba más y me dejó sola en un restaurante de Laureles, se paró y se fue. Yo tenía el periodo y cuando me paré de la silla me di cuenta de que tenía el pantalón manchado, era claro y no tenía con que cubrirme. Todo eso sucedió justo cuando él iba saliendo del restaurante. Lo llame para que regresara y me miró con desprecio. Lo llamé por teléfono unas 10 veces hasta que por fin contestó.

—Aló, ¿Sebastián?

— ¿Qué quiere?

—Necesito que regreses al restaurante.

— ¿Para qué?, ya le dejé claro que yo ya no quiero nada más con usted.

—No Sebastián. Tuve un accidente y se me pasó el periodo.

— ¿Y qué quiere que haga?

—Que me ayudes. Necesito un saco para taparme.

—Yo ya estoy en mi casa y no me voy a devolver.

—Sebastián, por favor. ¿Cómo salgo del restaurante?

—Voy a mirar que hago.

Me dejó esperando dos horas. Era un jueves, me acuerdo, más o menos las 10 de la noche, no había tráfico, no llovía, no tenía ninguna excusa para demorarse dos horas. Cuando llegó me entregó el saco y se fue.

Luego me enteré de que me estaba castigando por dramática, eso era lo que le había dicho a nuestros amigos.

¿Cuántas veces? Yo creo que no puedo contar las veces que le perdoné todos esos maltratos. ¿Infinito es un número?

[Hace una pausa.]

Le encontré mensajes explícitos con otras mujeres y luego me hacía creer que todo era parte de mi imaginación. Decía que yo exageraba todo, que era una amante del drama y el espectáculo, me hacía sentir como loca, pero además me hacía pensar que era bruta. Llegó al extremo de exigirme tener una dieta balanceada y ejercicio diario. Después de varios años logré superar mi trastorno alimenticio, aunque las inseguridades continuaban ahí.

Cuando yo pienso en la mujer que era en esa época y la que soy hoy, no me reconozco. Ahora me parezco más a mi mamá en su fuerza interior y ganas de salir adelante.

Creo que también he aprendido a respetarme y quererme más a mí misma. Aprendí a vivir con mi depresión y a respetarla. No la ignoro, la vivo. También soy así con mi cuerpo. Lo acepto y lo cuido.

Con los años entendí que la soledad y la depresión cuando están juntas te pueden obligar a hacer cosas que maltratan lo que eres y tu dignidad. Pero a veces también pueden ser buenas amigas.



Ilustración 6: Monólogo sobre los sueños Elaboración: Alejandro Arcila Jiménez (2018)

### **Monólogo sobre los sueños**

Vengo de una familia rota o por lo menos eso es lo que dice mi abuela. Cuando tenía 7 años mis papás se separaron definitivamente y por el bien de todos. Hoy en día yo amo a mi papá y tenemos muy buena relación, quizá sea porque aprendí a no juzgar.

Él era un hombre muy machista, parte de su infancia fue en Segovia y la vida de los mineros es muy diferente de la del resto. Es llena de excesos y de maltratos.

Mi mamá es enfermera, pero cuando tuvo su primer hijo mi papá quería que ella se quedara en la casa cuidando del bebé todo el tiempo, ella no lo hizo y comenzaron los

conflictos y discusiones. Mi papá decía que mi mamá no tenía instinto de madre y que era egoísta. Luego nacimos otros dos hijos y la relación empeoró.

Mi mamá decidió separarse después de que mi papá la agredió. Nos estaba protegiendo del maltrato. Regresamos a la casa de mis abuelos hasta que mi mamá tuvo ingresos suficientes para ser más independientes, cuando eso pasó nos fuimos a vivir cerca.

Mi abuelo hizo el papel de papá. Él me enseñó a patinar, a leer, me daba tetero, me bañaba y me decía qué era bueno y qué era malo. Después del divorcio, mi papá nos visitaba una vez al año o cuando estábamos enfermos.

A pesar de que tenía a mis abuelos, mis hermanos y mi mamá, me sentía muy sola y en el colegio siempre tuve pocas amigas. Siempre estudié en colegios femeninos. Era una estudiante aplicada. Mi mamá desde pequeña me dijo: «Mi responsabilidad es trabajar muy duro para que nada nos falte. La tuya es estudiar muy juiciosa para que seas la mejor». Era cierto. A ella le tocó toda la responsabilidad económica y de crianza.

En mi adolescencia participé de movimientos juveniles católicos. Ahí aprendí a perdonar y perdoné a mi papá por su abandono y maltratos. Lo busqué y le di otra oportunidad. Cuando ya era un poco mayor y entendía mejor las cosas, él me contó que sufría de depresión y alcoholismo. De alguna forma eso explicó su comportamiento.

Mi mamá y mis hermanos también lo perdonaron, pero no lo quisieron tener de nuevo cerca, de hecho, lo alejaron de sus vidas cuando él intentó involucrarse más.

Al final del colegio se volvió más difícil socializar. Mis compañeras se veían muy diferentes a mí. Se arreglaban el cabello, usaban maquillaje y se vestían con escotes y faldas, muy seductoramente. Yo eso apenas pude hacerlo cuando ya estaba en la Universidad. Sin embargo, el último año del colegio me pasó que el niño más popular del barrio me dijo que quería ser mi novio. Yo le dije que sí y así fue como comenzó mi primera relación amorosa.

Mis compañeras del colegio no entendían cómo se había fijado en mí, “la gorda recatada”, así era como me decían y todos los días me hacían comentarios de ese estilo, al final comenzaron a decir que yo era «una perra buscona».

Y bueno, la relación no duró más de 5 meses. Dejé que mi cabeza se llenara de prejuicios, me sentía insegura conmigo misma, todos los días le preguntaba qué veía en mí. Al final se acabó tan rápido como comenzó.

Cuando el semestre inició en la Universidad yo ya tenía un trastorno alimenticio. Todavía no era una cosa muy evidente. Terminó el semestre y me fui a pasar vacaciones en la casa de mi papá. Él reconoció todos los síntomas de mi depresión y habló con su terapeuta para que me evaluara. Efectivamente estaba sufriendo de depresión mayor y de bulimia. Todas las sesiones con la psicóloga buscaron llegar al fondo de mi depresión. Me medicaron por 6 meses al principio, pero ahora el tratamiento es permanente.

La presión, el estrés o la tristeza pueden detonar fácilmente mi depresión y mis otros síntomas, como el trastorno alimenticio. Sufro de ansiedad y eso me desequilibra. No soy capaz de controlar mis impulsos o reacciones si no estoy medicada. No sería capaz con la Universidad o el trabajo.

Lo ideal sería vivir en un mundo sin caos. Estático, pero soy consciente de que eso es una fantasía. Estoy haciendo esfuerzos para regularme sin medicación, he intentado también bajar un poco la dosis, pero no he podido suspender del todo los medicamentos, necesito los que me ayudan a dormir.

Este es un problema que no depende de mi voluntad. Está en mi genética, en la bioquímica de mi cerebro. No me puedo cuidar sola, las personas más cercanas a mí saben de mi enfermedad y están alertas con los síntomas. Pero el resto de la gente está llena de prejuicios sobre la depresión y también sobre la condición de mujer. Es muy molesto escuchar como todos creen saber qué es lo mejor para nosotras y para nuestros problemas. Creo que es más fácil dar instrucciones tontas sobre lo que se debe hacer, en vez de ponerse en los zapatos del otro.

Siento que mi mejor terapia ha sido mi fe y mi relación con Dios.

Yo sueño con muchas cosas. Con un mejor mundo para todos, para los niños, los viejos y, en general, para los que tienen condiciones especiales. Pensar en que hay que hacer algo para que el mundo sea mejor no me deja desfallecer.

Cuando la depresión me visita, yo no la dejo estar.

# Capítulo 3

## Construcción de la subjetividad

### La depresión a través de la familia

Los seres humanos viven sus primeras interacciones sociales con la familia, aquí se comienza a explorar el mundo, a comprender los sentidos de lo que nos rodea, definir gustos, disgustos, carácter y motivaciones. La importancia de esta primera organización en la construcción del sujeto y su relación con la depresión es sumamente vital. A partir de las narraciones recolectadas se identificó que todas comienzan su historia contando sobre sus familias, cómo se sentían con ellos, que aprendieron y desaprendieron con el tiempo, cómo se relacionan con su enfermedad, cuáles fueron las condiciones en las que crecieron y cómo influyó eso con lo que ahora se identifican como personas. Se pone como eje de análisis a la familia, porque está transversal directa o indirectamente a todas las situaciones de rupturas y validación en la construcción de sus subjetividades. Esta investigación puso en el centro a la mujer con depresión y la mujer con depresión puso en el centro de sus subjetividades a la familia.

Para (Solomon, 2013) la familia constituye una de las bases del trastorno depresivo para los sujetos que la padecen, en formas más profundas que el factor genético, como se dijo



antes, la familia es el foco de las primeras interacciones y para los bebés su primera forma de aprendizaje es a través de la imitación y repetición, según el autor la depresión en una primera fase es imitada, en donde las madres que sufren de depresión manifiestan los síntomas anímicos de forma corporal y los bebés los imitan, su descripción sobre cómo se expresan los síntomas depresivos en los bebés incluyen el llanto inconsolable, cabeza caída y demora para gestos como la sonrisa y la risa, además el efecto que tiene la depresión en las madres limita la atención y satisfacción de las necesidades del bebé y en otras etapas del desarrollo a plenitud. Las mujeres que participaron en este estudio narraron su relación con la depresión a través de sus madres, todas reconocieron sus propios síntomas en ellas, haciéndolos conscientes en procesos de reflexión dentro de una terapia o fuera de ella, de las situaciones vividas la depresión surge entre madre e hija como una barrera para profundizar su vínculo, en la que se interactúa con diversas formas de violencia como el maltrato físico, psicológico, la soledad, la nostalgia y el aislamiento.<sup>17</sup>

La depresión no puede ser asumida como una responsabilidad única de la madre cuando sus hijos la adquieren, para (Burin, Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la constitución de la subjetividad, 1998), entender las relaciones construidas del género femenino bien sea en lo general o particular de la sociedad, se debe comprender a través de las estructuras de poder existentes en la familia, dejando claro que la madre cumple en estos

---

<sup>17</sup> Estos son algunos fragmentos tomados de las entrevistas para hacerse una idea de la realidad de esas mujeres “Recuerdo que a los 6 años pasábamos mucho tiempo en la casa, siempre estábamos solas, pero yo en un cuarto y ella en el otro, si yo me quedaba dormida, cuando despertaba ella ya no estaba, se iba para la casa de una vecina.”; “A los 8 años yo tenía que llegar a hacer el almuerzo, barrer y trapear, lavar la ropa y atender a mis hermanos, como eran hombres yo me tenía que hacer cargo, mientras mi mamá dormía.”; “yo crecí sola, mi mamá nunca me dijo que era crecer, nunca tuvimos una buena relación.”; “Cuando me diagnosticaron de depresión a los 14 años, mi mamá tuvo uno de los episodios más fuertes de depresión, me dijo que la culpa de mi enfermedad era toda de ella.”; “Mi mamá y yo siempre tuvimos una relación muy distante, era como si no entendiera lo que me pasara.”; “Ella nunca estuvo para mí, siempre estuvo trabajando y mis abuelos fueron los que me criaron”

casos un papel primordial en todo el proceso del trastorno depresivo de sus hijos dado el rol de cuidadora principal que adoptan al interior de ésta.

Las estructuras familiares identificadas en las entrevistadas reflejaron la ausencia parcial del padre o de una figura paterna, las madres de las mujeres que hacen parte de este estudio asumieron el rol de cuidadoras y de proveedoras de forma intermitente, dependiendo del papel y del momento en el que estuviera presente la figura masculina y su función como *jefe de familia*, sosteniendo condiciones de vida precarias. Al interior de estos hogares se hicieron habituales diversas formas de violencia hacia la madre que incluyen desestimar las capacidades, intereses y posibilidades de una vida extradoméstica, abandono, adulterio, maltrato físico, psicológico y la tolerancia de abuso del alcohol.

La sociedad se refleja dentro de estas microestructuras y las familias la reproducen, es común encontrar en Colombia el acervo cultural de las formaciones patriarcales y de las formas religiosas dentro de las estructuras familiares, lo cual define en principio que el padre es el centro, jefe de la vida familiar y pública y la madre es la cuidadora relegada a la vida privada, además se fundamentan desde un dogma religioso. En la relación madre e hija, cuando ambas sufren del trastorno depresivo, se podría esperar un vínculo de empatía y camaradería, pero esto se ve mediado por el rol que asume la madre en la estructura familiar, condicionado a que exista una ruptura con los estereotipos de género que se llevan en el hogar, de no ser así la relación entre ambas figuras se deteriora, ya que la identidad social virtual construida en gran parte por las apariencias que le entrega a la mujer unos atributos y estigmas por su condición biológica se ven reafirmados por los demás miembros de la familia y en su cabeza el padre, como máxima autoridad. Goffman se refiere a esta construcción de identidad como desacreditadora, en la cual el sujeto es victimizado, se encuentra en una

desprotección emocional y en inferioridad frente a los miembros del grupo social; como se habla de una identidad social virtual los roles de género hacen parte de esta construcción, finalmente lo que se le atribuye al deber ser de una mujer y los síntomas de la depresión se asumen como un hecho natural y no como un constructo o residuo de la sociedad.

En estas familias, la *Energía Emocional* o cohesionadora de las interacciones rituales es la depresión, teniendo en cuenta que esta *Energía Emocional* no es permanente y su cohesión no unifica a los integrantes de la familia, sino que dinamizan sus interacciones en una mayor proporción como rituales fallidos, expresado como fueron narrados los eventos y las relaciones producto de éstas, se crea distancia entre los integrantes, ya que el imaginario frente a la depresión está nutrido de lo que llamaría Goffman como *estigmas y defectos del carácter de los sujetos*, es decir, la depresión pierde su carácter de enfermedad mental y se convierte en un tema de mera voluntad.

Las formas religiosas también proporcionan *Energía Emocional* que dinamizan las situaciones rituales a través de la fe, según (Gutiérrez V. , 1968) es además un elemento reconciliador con la condición de vulnerabilidad humana dentro de las estructuras sociales, menguando la supuesta inferioridad biológica o desigualdades sociales, económicas y políticas, representando la esperanza del cambio por la gracia divina y el designio justo de Dios sobre los hombres; estas estructuras además actúan sobre la perspectiva de los sujetos como la justificación de la desigualdad, la precariedad y el maltrato. La pasividad que genera la espera de un destino ya trazado dilata la necesidad de tratar y atender la depresión adecuadamente y la religión se convierte en un refugio que ampara la resignación de sufrir la

enfermedad.<sup>18</sup> Estas estructuras familiares engloban elementos que han sido pormenorizados como lacerantes para estas mujeres con trastorno depresivo, que incluso desborda la dimensión privada del sujeto y se experimenta en cada espacio social con el que se interactúa, la prevalencia del imaginario del hombre como ser superior frente a la mujer, dotado de capacidades únicas, altamente diferenciadoras y los privilegios que esto conlleva; mientras la mujer debe cumplir con lo que ellas mismas proponen como sumisión, rol cuidador, siempre responsable de la crianza, femenina, débil, sensible, emocional, poco audaz, dependiente, con una fuerte censura frente a la sexualidad y subestimada por sus aspectos biológicos, generando un abatimiento frente a su propia realidad y a sus condiciones de vida que comúnmente detonan episodios depresivos que se camuflan con la identidad social virtual otorgada.<sup>19</sup>

### **Formas de violencia en la familia**

Las formas de violencia son precisadas como los comportamientos emocionales, físicos y sexualmente nocivos para los sujetos como el resultado de la diferencia de poderes entre los miembros del hogar, pero que es mayormente ejercida por el padre hacia la esposa e hijos o de la madre hacia los hijos. Uno de los aspectos más narrado del maltrato es el impacto traumático y exposición a la vulnerabilidad que se enfrenta al contacto prolongado que sostienen estas relaciones de controles coercitivos, en la que el abusador se aprovecha de

---

<sup>18</sup> En las historias de vida que hacen parte de este estudio, la depresión es descrita como una enfermedad con picos en los que la realidad se vuelve pesada y fatiga las ganas de vivir. Todas las mujeres participantes narran como la fe en una religión en ciertos momentos de la enfermedad se erige como la única opción de recuperar la estabilidad, energía y motivación para vivir el cotidiano, pero a partir de las expectativas frustradas y el no reconocimiento de mejora, se generaron rupturas, entre las cuales se incluye el ateísmo, separación de las formas religiosas y búsqueda de atención especializada, sin negar que en dos casos, la religión continúa presente como esperanza de mejora de las condiciones de vida.

<sup>19</sup> Este es uno de los fragmentos de las entrevistas que refleja las imposiciones de una identidad: “Cuando quedé embarazada quise abortar y mi mamá me lo prohibió, me amenazó con denunciarme. Quería que me fuera a vivir con el papá del bebé, que dejara la universidad y me dedicara a la casa.”

la condición de dependencia física, emocional y social, dejando a la víctima impotente, desvalorada y traicionada, en una lucha con sentimientos crónicos de culpa, en el que se responsabiliza por el maltrato que vive. La depresión se hace presente con profundos estados de tristeza, enojo y luto ante estas formas de violencia, señalando que la razón principal para no salir de estos ambientes perjudiciales es la dependencia económica y el arraigado imaginario de la incapacidad femenina para sobrevivir por su cuenta.

El medio social juega un rol importante frente a la percepción de seguridad de las víctimas, estableciendo posibilidades de romper los ciclos de violencia al interior del hogar a través de medidas institucionales si así se requiere, pero el mayor obstáculo es la naturalización de estas formas de violencia contra las mujeres en la sociedad. En Medellín, hay altas exposiciones de violencia tales como el acoso, violencias sexuales, robos, secuestros, tiroteos, matoneo, extorción, amenaza con arma blanca, entre otras, de la cual ninguna de las mujeres que participó de este estudio se siente segura en el espacio público, reconociendo que ellas son las más vulnerables en situaciones de violencia. Para (Vorhies, Guterman, & Haj-Yahia, 2010) las formas de violencia aumentan según existan patrones socioeconómicos de profunda desigualdad, un contexto cultural enmarcado en las recompensas asociadas a actividades ilegales como el narcotráfico, exclusión social y políticas públicas insuficientes para atender los orígenes de la violencia, generando una naturalización de estas problemáticas sociales en el que se convierte en un hecho inherente a la condición humana.

## **Dependencia económica como otra forma habitual de violencia**

Se hace notorio que la educación, la independencia económica y la autonomía para las mujeres rompen los ciclos de violencia de género, sustentados en las estructuras de poder y privilegios masculinos, dándole libertades con las que se soñaba hace 82 años cuando comenzaron las primeras luchas por la emancipación jurídica.

Un gran porcentaje de mujeres han asumido por el constructo social, funciones y obligaciones con la maternidad, como la consagración a la crianza, el cuidado y las labores domésticas, hecho que amplía las brechas de desigualdad entre hombres y mujeres ya que disminuye las posibilidades de acceso a espacios como la educación o trabajos remunerados y reconocidos por la sociedad para las mujeres.

El trabajo doméstico y el cuidado de la familia impiden el cuidado de sí, las mujeres dejan sus intereses y necesidades de lado, ya que deben cumplir con una labor que requiere tiempo completo, constancia, dedicación y mucho esfuerzo físico y mental, no es remunerado y en los últimos años se ha nombrado en la academia y algunas instituciones oficiales como la *economía del cuidado*, pero sin que esto signifique que se va a reconocer, a remunerar o a legislar las condiciones del trabajo. (Citar la tesis de Nata Moreno) Las madres de las mujeres de este estudio se han visto envueltas en estas obligaciones, también sostenido por su falta de estudios oficiales, lo que las subordina a factores como la dependencia económica, mientras que las mujeres del estudio han cambiado sus condiciones inmateriales respecto a sus madres, desplazando generalmente muchos de los estereotipos asociados al género femenino, logrando rupturas parciales con ellos. La depresión aparece para dinamizar las situaciones desde dos dimensiones, la primera son las circunstancias en las que habitan sus madres y padecen la depresión sin muchas oportunidades de atender su enfermedad o reconstruirse a

partir de ella y la segunda dimensión surge desde la contradicción entre su propia realidad y la de sus madres.

Para (Solomon, 2013) la depresión también actúa como un espejo entre madre e hija, ya que se pueden reconocer los síntomas la una a la otra, edificando vínculos de comprensión y empatía, pero esta relación siempre se encontrará mediada por los estereotipos producto de las subjetividades de género y la capacidad que se tenga de generar una ruptura con ellos, esto sucede así, porque a través de la depresión se reconoce la obligación y necesidad del cuidado propio, en fin del bienestar, de las búsquedas e intereses personales y de la vigilancia activa hacia lo que se vive, siente y anhela; cuando las condiciones de las mujeres con trastorno depresivo son limitadas al cuidado del otro y no al propio, la identidad social virtual (los estigmas que se cargan por ser mujer y además sufrir de un trastorno mental), se apropian como una identidad social real, en la cual la identidad se ve comprometida en asumir prácticas y creencias en torno a roles sociales lacerantes para el cuidado de sí.

### **Relaciones de la corporalidad y la depresión**

La identidad pasa por construcciones sociales, para (Goffman, Estigma: La identidad deteriorada, 1998) estas se clasifican en virtuales y reales, en el cual la corporalidad es una de las dimensiones relevantes de la vida social. En su obra *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (1956) afirma que las acciones corporales exponen las percepciones de los individuos a través de sus emociones, creencias y actitudes compartidas en las situaciones de interacción, tanto Goffman como Collins sostienen que es a partir de las situaciones que se pueden abstraer las subjetividades de los actores sociales.

Para entender la corporalidad y su relación con la depresión, se debe comenzar por precisar la fachada personal y sus transmisores de signos, los cuales Goffman especifica

como el sexo, la etnia, el lenguaje y las formas como se presenta el cuerpo. La depresión tiene una característica muy peculiar y es que se refleja en el cuerpo “el mundo pesa en los hombros cuando se sufre de depresión”<sup>20</sup> y haciendo uso de la observación, se describe lo presenciado; las mujeres participantes en este estudio son adultas jóvenes a excepción de una de ellas que supera los 70 años, todas son mestizas aunque no hay claridades si se identifican de esa forma, sus cuerpos no están erguidos completamente, muchas de ellas enseñan los hombros caídos y sonrisas tímidas. La depresión es visible cuando se entra a eventos que tienen dentro de sus percepciones una clara relación con la enfermedad y la cotidianidad, sus gestos son más bien distantes de la situación lo que resta del tiempo, ni muy expresivos ni completamente retraídos, hecho que también puede ser explicado por la formalidad de las circunstancias y lo íntimo de las narraciones, entendiendo que la depresión no se encuentra permanentemente habitando el cuerpo o por lo menos no en los diagnósticos participantes, los episodios pueden ser efímeros como prolongados en el tiempo, también pueden ser contados con risa, una de ellas dice que “la depresión también se puede disfrutar cuando de ella se aprende.” Esta enfermedad tiene mucha más relación con lo orgánico que con todo lo abstracto de la mente, la depresión la describen como una enfermedad que puede quitar el apetito e inducir a periodos de anorexia, también generar ansiedad y glotonería, seguido de culpa y fases de bulimia, insomnio, entregando una apariencia de cansancio permanente o intensificar la fatiga muscular, se puede manifestar con dolores que no tienen un origen fisiológico, algunas historias de vida tienen en sus relatos eventos en una sala de urgencias con dolores agudos en el estómago, la cabeza, la garganta y el corazón que en la lectura de laboratorio no marcan anormalidades. La depresión les pide a estas mujeres que descansen, que hagan pausas en su cotidiano para reponerse de su detonante, cuando no pueden descansar, por lo menos consiguen reconocer los síntomas y toman los cuidados pertinentes.

---

<sup>20</sup> Fragmento tomado de una de las entrevistas.



La depresión también se muestra como “una montaña rusa de emociones”, un momento puede ser de euforia plena, 30 segundos más tardes es una emoción de angustia o de enojo profundo. No siempre llega con nostalgia o llanto, se manifiesta mejor como un mecanismo de autodestrucción si no se escucha, zozobra, culpa e inseguridad, por eso el cuerpo parece estar a la defensiva, pero en realidad solo busca protegerse de la realidad. Los gestos sí cambian, se vuelven pesados, muchas veces da la apariencia de estar experimentando periodos de oscuridad y ensimismamiento.

Estas descripciones son para Goffman una primera etapa para decodificar la identidad social de los sujetos a través de las acciones y lo que representa en el cuerpo, asimismo se debe identificar los *estigmas* que acompañan estos cuerpos. La depresión hace parte de un primer entramado, se dijo antes que esta enfermedad mental es concebida comúnmente como un *defecto del carácter de la persona*, una falta de voluntad para actuar en general, siendo ese un primer estigma sobre el sujeto.

Los estereotipos son una tipificación social plenamente desacreditadora porque ignora la diversidad de cada actor social, es frecuente para estas mujeres hallarse en situaciones en las que sus interacciones resultan fallidas a razón de los estereotipos fundados en torno a su enfermedad, posicionando características sobre ellas como la falta de voluntad, emocionales, hormonales y en búsqueda de atención, lo que limita compartir su diagnóstico y construir un sistema de apoyo efectivo y redes de apoyo social, ya que esa identidad social virtual erigida sobre ellas, las aísla del medio social por la subestimación de los síntomas de la enfermedad. La tipificación social resulta altamente perjudicial y limitante para los grupos sociales, ya que de un atributo se produce una transición a la estigmatización total, esto desencadena dos procesos en el sujeto, el emocional, que implica respuestas según sea el objetivo del

estereotipo, como la ansiedad, hostilidad, lástima y aislamiento. Para Goffman, la principal función de los estereotipos es ser aceptado o no dentro de un grupo social, lo que funda formas de victimización para los sujetos por la separación simbólica de los grupos sociales, lo que incrementa la distancia social entre etiquetador y etiquetados, poniendo en riesgo la identidad social real ya que esta se modifica para generar una identidad social virtual mucho más positiva para sus interacciones, es ineludible que el cuerpo sea la expresión de la depresión, porque esta no es una enfermedad que se finge ni se controla desde el deseo del que la padece, es por eso, que la depresión continúa dinamizando las interacciones sociales y las construcciones identitarias del sujeto.

### **La configuración de las subjetividades: apuntes finales**

Las subjetividades mediadoras de las relaciones de las mujeres con depresión y la estructura social, estuvieron plenamente marcadas por las interacciones en su microestructura familiar, en la que el diagnóstico depresivo representó para estas mujeres una oportunidad de conocerse y reconstruir su identidad, en la cual se conjugaron los aspectos de la enfermedad, sus condiciones materiales y posiciones simbólicas como elaboraciones de su realidad como mujeres. Se comprende que existe una conexión entre ambas identidades, la que hace parte del ser y del autorreconocimiento nombra como identidad social real y la identidad social virtual, como las características y atributos con los que socialmente se determina al otro, aunque la depresión dinamiza y cohesiona las situaciones rituales presentes en la cotidianidad de la vida de estas mujeres, los roles de género despliega lógicas que detonan los síntomas de la depresión o evidencia su posición como actor social.

Para las mujeres participantes de este estudio, los roles de género definieron el mayor detonante social de la depresión, y su ruptura con estos roles estructuraron el autocuidado respecto a su enfermedad.

La principal mediadora entre los sujetos y la enfermedad es la estructura familiar esclareciendo que todas estas formaciones son patriarcales y presentan una gran influencia de las formas religiosas, lo cual es la representación de la cultura y de las dinámicas sociales respecto a las mujeres en la familia, realidad que está transversal a todas las interacciones sociales de forma directa o indirecta, de la constitución identitaria y de la relación con la enfermedad. Los padres adquieren una función significativa en la asimilación de los roles de género y aceptación de la depresión, la madre es la figura que más influjo tiene en la relación mujer – depresión, ya que actúa como un espejo que refleja los síntomas de su propia enfermedad y encarna las consecuencias de una vida de validación de las posiciones de género, sufriendo formas de violencia sustentadas entre otras de la dependencia económica, mientras que el padre facilita la construcción de una identidad social virtual frente al trastorno depresivo, coexistiendo de forma negativa con las interacciones del hogar.

La depresión se expresa en el cuerpo no únicamente a través de los síntomas propios de la enfermedad, sino desde las construcciones de identidad social virtual, referida a los estereotipos y tipificaciones sociales, vulnerando la identidad social real y victimizando una condición no deseada de la mujer.

Lo más valioso que experimentan las subjetividades de las mujeres que sufren depresión, es la reconstrucción de las identidades que facilita las rupturas con los aprendizajes de género a través del cuidado de sí, desligándose de los estereotipos que la aíslan por su condición mental y biológica.

## **Bibliografía**

- Aguilar, S., Kohn, R., & Rodríguez, J. J. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washigton DC.: OPS.
- Alcaldía de Medellín . (2017). *Cómo vamos Medellín*. Medellín.
- Alexiévich, S. (2015). *La guerra no tiene rostro de mujer* . Barcelona: Penguin Random House .
- American Psychiatric Association. (2016). *Suplemento del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (Quinta ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Beauvoir, S. (2002). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Beauvoir, S. d. (2002). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Bogotá D.C: Santillana S.A.
- Buonacore, D. (1980). *Diccionario de Bibliotecología*. Buenos Aires: Marymar.
- Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En M. Burin, & E. Dio Bleichmar, *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (1998). *Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la constitución de la subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Butler, J. (2013). Variación sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En M. Lamas, *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 303- 326). México: PUEG .
- Capote, M. I., Segredo , A. M., & Gómez, O. (2011). Climaterio y menopausia. *Revista cubana de medicina general integral*.
- Collins, R. (2009). *Cadenas de rituales de interacción*. México: Antropodos .

- Conway, J. K., Bourque , S., & Scott, J. (2013 ). El concepto del género. En M. Lamas, *El género La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 21-33). México: PUEG.
- DANE. (2018). *Mercado laboral según sexo*. Bogotá D.C.
- Diaz, R., Rivera, S., & Wolfgang, P. (2012). Masculinidad-feminidad y salud mental. *Persona*.
- Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. México: Siglo XXI editores .
- Franco, S. (2006). Globalización, Estado y derecho a la salud. *Revista Facultad de Salud Pública*.
- Friedan, B. (2017). *La mística de la feminidad*. Madrid: Catedra .
- Fundación Universitaria Konrad Lorenz. (2004). Orientación sexual y salud mental. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Galeano, D., Trotta, L., & Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud colectiva*.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Morata.
- Goffman, E. (1956). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Estados Unidos: Penguin Random House .
- Goffman, E. (1998). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Gómez, C. (2007). Legislación en salud mental en nuestra agenda. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Gómez, C., Escudero, C., Pérez, E., & otros. (2015). *Encuesta de Salud Mental*. Bogotá, D.C.: Tomo I.

- Graves, R. (1971). *Adiós a todo eso*. Barcelona: Seix Barral.
- Greden, J. (2014). Evidence Depression Isn't Just 'All In Your Head'. *National network of Depression Center*.
- Gutiérrez, M. (2012). Salud mental y desplazamiento forzado. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.
- Gutiérrez, V. (1968). *La familia y la cultura en Colombia*. Universidad de Antioquia: Medellín
- Institute of Mental Health (2012). Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry*.
- Lenin, V. (1922). *La emancipación de la mujer*. Progreso.
- Lolas, J. (2001). Patología cervicouterina y síndrome premenstrual. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental*. Bogotá D.C.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez, M., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez Barquero, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*.
- Mossakowski, K. N. (2014). Social Causation and Social Selection. *Behavior and Society*.
- National Institute of Mental Health. (2014). Los hombres y la depresión. *Research Center National Institute Of Mental Health*.
- Nolen- Hoeksema, S. (1990). *Sex difference in depression*. California : Stanford University Press .
- Novoa, M. (2012). De la salud mental y la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.

- ONU Mujeres. (2013). *Un objetivo transformador e independiente para lograr la igualdad de género, los derechos y el empoderamiento de las mujeres: imperativos y componentes claves*. New York.
- Padilla Castillo, G., & Rodríguez Torres, J. (2013). La I Guerra Mundial en la retaguardia: la mujer protagonista. *Historia y Comunicación Social*.
- Palacio, C. A. (2013). Violencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Palacio, C. A. (2016). La salud mental y el posconflicto. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Porter, D. (1997). *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*. Brill.
- Porter, D. (2006). How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading? *PLOS Medicine*.
- Rangel, J. (2001). Salud mental y género. *Otra mirada*, 35-42.
- Redacción BBC Mundo. (16 de Diciembre de 2016). Cómo la tradición de aislar a las mujeres mientras menstrúan provocó la muerte por asfixia de una niña en Nepal. *BBC*.
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2010) *A Sociology of Mental Health and Illness*. New York: McGraw-Hill.
- Sen, G., George, A., & Ostlin, P. (2002). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad de salud: Un análisis de la investigación y de las políticas*. Cambridge.
- Sol Pastorino, M., Vanegas, J., & Florenzano, R. (2017). Salud mental con perspectiva de género. *Salud Pública de México*.
- Solano, M., & Vasquez, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

- Solomon, A. (2013). *El demonio de la depresión: Un atlas de la enfermedad*.  
Barcelona: Debate.
- Tobón, J. D. (2013). La salud mental en Colombia. Un campo atravesado por la ley.  
*CES Psicología*.
- UNFPA. (2017). *Estado de la población mundial*.
- Vásquez, D. (2002). Ley 100 y Menopausia. *Revista colombiana de menopausia*.
- Vorhies, V., Guterman, N., & Haj-Yahia, M. (2010). Community violence exposure and their effects. En N. Rovinelli, & A. Gitterman, *Mental Health and Social Problems: A Social Work Perspective* (pág. 536). Connecticut: Routledge.
- WHO. (2013). *Informe sobre los sistemas de salud de América Latina y el Caribe*.  
Washington.