

ESTUDIO SOCIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN:
APROXIMACIÓN A CASOS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON DEPRESIÓN EN CALI

ELIANA MARIBEL CARREÑO HIDALGO

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
PROGRAMA ACADÉMICO MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI

2014

ESTUDIO SOCIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN:
APROXIMACIÓN A CASOS DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON DEPRESIÓN EN CALI

ELIANA MARIBEL CARREÑO HIDALGO

Trabajo de Grado para optar al Título de
Magister en Sociología

Director

Pedro Quintín Quilez

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
PROGRAMA ACADÉMICO MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI

2014

Contenido

Introducción	3
Los objetivos de este estudio	11
La estrategia metodológica de este estudio	15
Capítulo 1. Caracterización de las mujeres con diagnóstico de depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle	19
Capítulo 2. Cuatro historias de vida de mujeres con depresión	32
Crecer siendo mujer - Historia de Andrea	32
Intimidad vulnerada - Historia de Lucía	41
Dilemas amorosos - Historia de Beatriz	50
Precariedad y familia - Historia de Olga	56
Capítulo 3. Aproximación a las variables sociales presentes en las historias de vida de mujeres con depresión	61
El empleo y la generación de ingresos	63
La familia y el contexto social	65
El colegio y la universidad	68
La pareja	70
La red de apoyo y los amigos	72
Capítulo 4. Lo social de la depresión	77
La Estructura en la Individualidad	77
La diferencia de poder entre hombres y mujeres	81
El poder institucional	84
La Integración Social	87
Conclusión	91
Referencias bibliográficas	95
ANEXOS	100

Introducción

La depresión es una de las enfermedades mentales que ha despertado gran interés investigativo, en principio desde el campo de la Psiquiatría y la Psicología, cuyos modelos comparten en común la defensa de un origen individual del deterioro psicológico (Sánchez 2003). Este autor defiende una aproximación sociológica para la comprensión de los problemas de salud mental, reclamando una mayor atención para los orígenes sociales de la depresión. De manera más reciente se encuentran estudios que desde el Trabajo Social, la Salud Pública y la Sociología tienen avances importantes en la inclusión de variables sociales como factores causantes de la misma. Este nuevo enfoque permite también ampliar su comprensión y asumirla como un hecho social y no solo como una enfermedad que requiere tratamiento, lo que permitiría la aplicación de este conocimiento, por ejemplo, en el desarrollo de políticas públicas.

Los trastornos mentales son cada vez más frecuentes y afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país. En ningún nivel socioeconómico o área geográfica se da de manera exclusiva, pues se puede encontrar el trastorno en todas las regiones y niveles y esto genera costos tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad (Posada, 2013).

La depresión, específicamente, afecta de forma importante las funciones físicas, mentales, sociales de las personas y se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura. En algunos casos y en relación directa con su gravedad, puede ocasionar dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en su calidad de vida (Valladares, Dilla y Sacristán, como se citó en Universidad CES, Universidad de Harvard y Secretaría de Salud de Medellín, 2012).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10) la depresión se define como un trastorno y es considerada como un síndrome psíquico o del comportamiento; una alteración del humor que afecta la capacidad funcional de la persona que lo padece.

Es un vacío interior o una apatía, en la que confluyen diferentes síntomas que han aparecido al mismo momento durante largo tiempo y se sienten perjudiciales. Es una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece tras un esfuerzo mínimo (...), varía escasamente de un día a otro y no suele responder a cambios ambientales (CIE-10 p. 152).

Una aproximación a los estudios sobre depresión permite considerarla como un fenómeno que tiene altos porcentajes de prevalencia que van en aumento. De acuerdo con reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 150 millones de personas sufren depresión en algún momento de la vida, los trastornos relacionados con la depresión unipolar representan la principal causa de morbilidad femenina y casi un millón de personas se suicidan cada año (OMS, 2003).

En todas las regiones del mundo los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias son responsables de una importante carga de morbilidad y discapacidad: globalmente, el 13% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y el 33% de los años perdidos por discapacidad (APD). La carga de discapacidad a ellos asociada es prácticamente la misma para hombres y mujeres, aunque con diferencias en cuanto a las principales causas contribuyentes. Así, por ejemplo, la carga atribuible a la depresión es un 50% más elevada para las mujeres que para los varones; lo mismo ocurre también con los síndromes de ansiedad, la jaqueca y la demencia senil (OMS, 2003).

Se estima que en el 2020 la depresión pasará del cuarto al segundo lugar de discapacidad en el mundo después de la patología cardiovascular. (Social Change and Mental health, Department of Mental Health, Nations for Mental Health como se citó en Prieto, 2002 p. 176). De acuerdo con Valladares et al. (como se citó en Universidad CES et al., 2012) los reportes de la OMS permiten asegurar que la depresión es una enfermedad casi universal, independientemente del país o la cultura. También resaltan el hecho de que tiene una prevalencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Y subrayan que “algunas hipótesis que se han planteado para explicar estas diferencias son los factores hormonales, los efectos del parto, y los diferentes factores de estrés psicosocial para las mujeres respecto a los hombres” (p. 176).

En América Latina y Colombia esta tendencia se conserva. Entre 1990 y 2010 el número de personas que sufren depresión aumentó de 20 a 35 millones en Latinoamérica y la tendencia en Colombia es que la depresión unipolar será la primera causa general de consulta en el año 2015 (Posada, 2013). Al comparar la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con otros 14 estudios homólogos de otros países desarrollados y en desarrollo, Posada (2013) encuentra que Colombia ocupa los cinco primeros puestos en algunas enfermedades mentales: segundo puesto en el trastorno por control de impulsos, cuarto puesto en los trastornos de ansiedad y en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y el quinto puesto en los trastornos del estado de ánimo, entre estos la depresión.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental (2003) el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado. De estos, se detecta el 16 % en el último año y el 7,4 %, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %) (Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social como se citó en Posada, 2013).

Otros hallazgos de este estudio muestran que los trastornos del estado de ánimo presentan una prevalencia del 15% y son más frecuentes en las mujeres. En Colombia dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. El abuso de alcohol es el problema más común en los hombres y en las mujeres es la depresión mayor. La región Pacífica muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos o del humor (2.7%). Además señala que el desarrollo de un trastorno del estado de ánimo es mayor en personas separadas, divorciadas o viudas, en fumadores, en personas con antecedentes de conflictos en la infancia, en personas con antecedentes de morbilidad física y antecedentes de experiencias situacionales graves (Ministerio de Protección Social y Fundación FES SOCIAL, 2003).

Así mismo, la Revista Panamericana de Salud Pública (2004) publicó que un 10% de las personas estudiadas presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y un 8.5% sufrieron alguno durante el último mes. Además, y en ambos períodos la proporción de mujeres con depresión fue mayor. Más del 50% de los episodios depresivos fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y la mayor prevalencia se encontró en las personas de 45 años. Igualmente, precisa que género, percepción del estado de salud propio como regular o malo, dolores o molestias, dificultades en las relaciones interpersonales, consumo de sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, dependencia del alcohol o condición de desempleo con discapacidad son algunos de los factores que pueden relacionarse con la depresión (Gómez-Restrepo et al., 2004).

En el año 2010, en la Red de Salud Pública de Cali se registraron 32.126 casos atendidos de trastornos mentales. Las tres primeras causas de consulta están representadas por los trastornos de ansiedad, con el 33,7% del total, seguidos de los trastornos del estado de ánimo y del humor (bipolar y depresión), con el 19% del total de la consulta y la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, con el 12,1% del total. De estas consultas atendidas el 60,4% corresponden a mujeres y el rango de edad que más genera consultas es el de 15 a 25 años, con el 25,3% de los casos. Estos datos pertenecen al reporte de atención realizado por las ESE municipales (Guerrero, 2012, p. 26).

Algunos estudios epidemiológicos coinciden en establecer una relación causal entre la enfermedad mental y ciertos factores psicosociales como el género y el establecimiento de relaciones interpersonales, como los vínculos de conyugalidad.

Se muestra que en las mujeres la posibilidad de sufrir algún trastorno del afecto fue mayor en personas separadas, divorciadas o viudas; fumadoras (no en las ex fumadoras); con antecedentes de enfermedad mental; con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron; con antecedentes de comorbilidad física y con antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave. Además, se encontró menor posibilidad de sufrir algún trastorno del afecto en mujeres con seguro de salud (Ministerio de Protección Social et al., 2003 p.49).

Como consecuencia de los trastornos mentales no tratados aparece un 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de muerte. “Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial” (OMS citado por Universidad CES et al. 2012 p. 287). Frente a las conductas suicidas asociadas con estos trastornos del humor el Ministerio de Protección Social (2003) señala que la prevalencia de vida es levemente mayor en las mujeres, pero esta prevalencia en el último año es mayor en los hombres.

Mientras la prevalencia de vida habla de un periodo de tiempo amplio, la prevalencia en el último año da cuenta de eventos recientes. Una posible explicación de las diferencias encontradas entre hombres y mujeres puede deberse a cambios en el entorno como el aumento en el conflicto armado, el aumento en el desempleo y otros factores psicosociales que pueden entrañar una carga mayor para el grupo masculino de la población (Ministerio de Protección Social et al., 2003 p. 56).

Desde el campo de la Psiquiatría Comunitaria Arango-Dávila, Rojas & Moreno (2008), proponen la comprensión de la salud mental reconociendo también la incidencia de algunos elementos del contexto. Afirman que en Colombia existen circunstancias sociales, como la violencia y la pobreza, que no ofrecen las mejores condiciones para la salud mental. Destacan que en la edad adulta hay mayor vulnerabilidad de la mujer respecto del hombre, por el rol que se le asigna en la crianza y orientación de los hijos y el soporte familiar. De igual manera, Gómez-Restrepo et al., (2004) afirma que en Colombia se encontró que el desempleo con discapacidad y las dificultades interpersonales incrementan el riesgo de sufrir episodio depresivo.

Desde la psicología se han abordado algunos tipos de trastornos mentales y del comportamiento, como la ansiedad y la depresión, como consecuencia de la dificultad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante.

Por lo general, las personas que evitan pensar en las causas de estrés o afrontarlas tienen más probabilidades de padecer ansiedad o depresión, mientras que las personas que comparten sus problemas con otros y procuran encontrar maneras de hacer frente a los factores estresantes funcionan mejor al cabo del tiempo. Esta constatación ha impulsado el desarrollo de intervenciones basadas en la enseñanza de aptitudes de afrontamiento (Universidad CES et al., 2012 p. 76).

Cova (2005) destaca las evidencias disponibles respecto a cambios en el patrón de diferencias de género relacionadas con el ciclo vital y su incidencia en los trastornos depresivos. Destaca que “los procesos que afectan al desarrollo a lo largo de la vida pueden incrementar o disminuir las diferencias de género en distintos momentos del ciclo vital (Cairns y Kroll, 1994), como de hecho ocurre con los trastornos depresivos” (Cova, 2005 p. 49).

La sintomatología depresiva se asocian con la influencia en el desarrollo emocional, social y cognitivo de mujeres y hombres y con la existencia de diferencias en la exposición a circunstancias de adversidad favorecedoras de depresión [...] Los procesos de socialización, roles y estereotipos genéricos incentivarían en la mujer un mayor desarrollo de emociones como la empatía y la culpa, así como un uso habitual de afrontamiento pasivo, centrado en las emociones y rumiativo frente a las experiencias negativas (Cova, 2005 p. 52).

Para Cova (2005), la pobreza, el desempleo y la baja educación serían factores de riesgo de depresión para personas en edad adulta. Para las mujeres, estos factores, más los asociados con la crianza de los hijos y con su desempeño en la casa como “jefas de hogar”, las exponen de manera más contundente que a los hombres. En estos casos el soporte social y económico resultan factores protectores frente a la sintomatología depresiva, que evitarían una sobrecarga en la responsabilidad del cuidado de otros y el desenvolvimiento de sus roles.

La influencia de los diferentes roles asumidos por las mujeres como factores de riesgo de su salud mental ha sido estudiado también por Pérez y Serra (1997). Ellas relacionan el rol tradicional femenino con la manifestación de distintos aspectos de la sintomatología ansiosa de mujeres. Este estudio pone su énfasis explicativo en la socialización de la mujer en un contexto tradicional. Para las autoras este tipo de contexto defiende que la mujer debe anteponer sus necesidades a las de su marido y sus hijos, tiene menos autoridad que el cónyuge y cumple una función social más valiosa cuando se dedica a ocupaciones familiares. De acuerdo con ellas, las creencias tradicionales parecen dificultar el bienestar psicológico de las mujeres, porque conducen a

situaciones de pasividad, dependencia, falta de asertividad y baja autoestima. Factores que llevan con frecuencia a presentar sintomatología ansiosa y depresiva.

Por su parte, Matud, Guerrero y Matías (2006) aseguran que aunque las mujeres tienen más sintomatología depresiva que los hombres estas diferencias son mínimas y que muchas de estas diferencias están en función de variables sociales y estructurales, lo que tiene más poder explicativo de la sintomatología depresiva en ambos géneros que el hecho en sí de pertenecer a uno u otro género.

De acuerdo con ellos, el estado civil, el número de hijos, el nivel de estudios, la profesión y la edad son factores que aumentan o disminuyen las diferencias de género en depresión. Aseguran que esta diferencia es mayor entre hombres y mujeres en edad adulta, cuando están inmersos en los roles profesionales y, sobre todo, familiares, los cuales parecen no favorecer la salud mental de las mujeres y sí la de los hombres. Para estos autores la mujer tiene también mayores tasas de pobreza y esta representa un factor de riesgo para los problemas mentales. Al respecto, presentan el estudio realizado por Brown y Harris (Matud, et al., 2006) en el que plantean que las diferencias entre las clases sociales en riesgo de depresión son debidas a que las mujeres de las clases trabajadoras experimentan más dificultades y sucesos vitales graves, especialmente cuando tienen hijos.

La afectación de las condiciones particulares de vida en la salud mental de las mujeres es también analizada por Ordorika (2009). Esta autora afirma que la salud mental está estrechamente relacionada con las condiciones de vida de las personas. De acuerdo con ella, las diferencias numéricas entre mujeres y hombres en las estadísticas epidemiológicas son producto y reflejo de la condición de subordinación de las mujeres, lo cual se traduce en una “vulnerabilidad al sufrimiento mental, a la depresión y a otros problemas de salud” (Ordorika, 2009 p. 663).

De acuerdo con esta autora las diferencias tanto en cifras como en tipo de problemas “se deben a que las condiciones de vida de las [mujeres] están caracterizadas por la dominación y la opresión por parte de los hombres y de lo masculino. (Ordorika, 2009 p.652). Desde esta perspectiva es necesario aceptar que las nociones de salud y padecimiento mental son fenómenos sociales y culturales y no “condiciones objetivas con características invariables” de manera que puedan ser reconceptualizadas como manifestaciones que se construyen y se nombran a través de un marco de referencia históricamente determinado (Ordorika, 2009 p.659).

Ordorika (2009) propone cuatro líneas de análisis sociológico feminista de la salud mental. En la primera propone como objetivo visibilizar y desmontar los sesgos de género que contienen las definiciones de salud y padecimiento mental en general, y en particular cada categoría diagnóstica. En la segunda aborda la relación establecida entre los procesos sociales y la construcción de prácticas médicas específicas, estudiando como la psiquiatría coadyuvado a la adaptación y control de las mujeres. En la tercera establece la situación de inequidad que caracteriza la vida de las mujeres como punto de partida para explicar la relación existente entre los procesos sociales y la etiología de los padecimientos mentales. Y en la cuarta propone realizar el análisis de “las experiencias de los individuos desde su propio sufrimiento, estudiando cómo las identidades de género influyen en la vivencia de los padecimientos.” (p.654).

Por su parte y de manera general, Sánchez (2003) reconoce que los diferentes estudios sociológicos sobre salud mental permiten tener como punto de partida la asociación negativa entre posición social y salud mental. Identifica que la mayor incidencia de la enfermedad está en aquellos grupos socioeconómicamente menos favorecidos, que conlleva a una desigual distribución de la depresión. Sin embargo, critica la manera errónea y limitada en la que se ha utilizado la variable clase social. Señala que, aunque se suele hablar de una relación entre clase social y salud mental, la clase social es operacionalizada a través de medidas simples de ingreso y/o educación y/o situación laboral. Lo que no permite captar el sistema de estratificación social ni establecer la relación entre este y el individuo.

Cuestiona también la utilización del concepto estrés como elemento articulador de las investigaciones sociológicas, otorgándole a esta variable la explicación del impacto de la estructura social en la salud mental del individuo.

Si la depresión muestra un claro patrón social de incidencia, y a la vez la pérdida (y el duelo, por tanto) es el estresor típicamente ligado a la depresión, entonces es preciso buscar un mecanismo capaz de explicar el impacto de la posición socioeconómica independientemente del estrés (Sánchez, 2003 p. 68).

De esta manera, los estudios encontrados proponen una relación causal entre la enfermedad mental y el contexto o condiciones sociales de quien la padece, siendo las mujeres quienes presentan los factores de riesgo más altos de depresión al presentar condiciones de vida menos favorables en comparación con los hombres. Al respecto, se destacan las condiciones socioeconómicas que posibilitan o no el acceso a bienes y servicios, el apoyo social, la ocupación, las relaciones de parentesco y de conyugalidad como las de mayor incidencia. Otro factor en relación con los anteriores que también

cobra gran relevancia hace referencia a los roles que las personas asumen en diferentes momentos de su vida, especialmente los referidos al lugar de las mujeres en la esfera familiar y económica.

Así, el estudio de la depresión demanda un acercamiento que permita la integración de dos dimensiones: la particularidad de la estructura psíquica y el marco de la estructura social. Esto implica, por un lado, reconocer que una persona depresiva se asume como tal ante la mirada y calificación de los demás. Y por otro, la contextualización de la enfermedad mental, en este caso la depresión, como un hecho social consecuente con una serie de condiciones que hacen posible su manifestación.

Una persona depresiva accede a su condición de paciente emblemático de la psiquiatría desde un aprendizaje de exigencia y descalificación que le hace extremadamente sensible a la valoración de los demás. Defraudado en sus expectativas, tanto en la familia de origen como en la pareja, procesa su desesperanza en términos de culpabilidad pero también de hostilidad encubierta. Necesitado de ofrecer una imagen respetable, prefiere presentarse como enfermo orgánico que como sujeto de juegos relacionales presididos por la carencia y el expolio (Linares 2000).

Esto es, si bien la significación de la enfermedad aparece en el orden de lo personal e inconsciente, la persona está en virtud de sus sentimientos y de su conciencia al tiempo que está en relación dialéctica con las exigencias de las tareas externas, haciéndose cargo de las expectativas de los otros. Esto quiere decir que es preciso considerar la depresión como un fenómeno social consecuente con las relaciones de poder que se establecen en la práctica psiquiátrica, esto es, entre el médico, el paciente, la familia o su grupo de referencia, la institución y la sociedad. Puesto que estas relaciones de poder son productoras de una serie de enunciados que se presentan como legítimos (Foucault, 1973).

La depresión, de acuerdo con Foucault (1982) sería un reflejo del ejercicio del poder disciplinario que se establece sobre todos los individuos, con la ilusión de una ciudad perfectamente gobernada. De esta manera, el individuo la vive como “el gran encierro”, y la sociedad como “el buen encauzamiento de la conducta”.

La detención y el exilio, son dos maneras en las que se ejerce el poder sobre los hombres, de controlar sus relaciones, de desenlazar sus peligrosos contubernios la ciudad apestada, toda ella atravesada de jerarquía, de vigilancia, de inspección, de escritura, la ciudad inmovilizada en el funcionamiento de un poder extensivo que se ejerce de una manera distinta (Foucault, 1982 p.202).

Los objetivos de este estudio

La sociedad, como estructura social, está compuesta por los roles que ejerce cada individuo como “segmentos combinados en diversas formas en su círculo total de instituciones” (Mills, 1971 p. 34). Si vemos al individuo y su lugar dialógico en la esfera social se puede identificar que, a su vez, cada persona está compuesta por los roles específicos que desempeña y por los efectos que el desempeño de estos roles tiene sobre sí mismo. Por esta razón, la organización de roles es importante en la formación de una estructura social particular, pero también tiene implicaciones psicológicas para las personas que actúan en la estructura social (Mills, 1971).

Retomando esta postura, se propone el acercamiento a la depresión como un fenómeno social partiendo del análisis de los cambios personales que aparecen a partir de los controles institucionales de una sociedad, controles mediados por los roles que una persona se permite y espera asumir, de las imágenes de sí mismo que comprenden estos roles y las consecuencias de estos sobre las personas, que están implicadas en un contexto social determinado.

El aporte de esta investigación, entonces, se centra en una mirada a profundidad de los factores sociales que afectan la aparición de episodios depresivos en las mujeres. Busca aportar en la comprensión de los resultados que la experiencia y la acción social tienen sobre las personas, no como sujetos individuales sino como actores sociales en un contexto particular. Esto, a partir del análisis de las condiciones materiales de estas mujeres y la manera como han sido puestas en juego en el desempeño de sus roles en un orden institucional específico, el familiar. Se orienta a profundizar el estudio de la salud mental arrojando datos pertinentes para la comprensión de la enfermedad mental en este contexto social.

A partir del análisis de las representaciones sociales de las mujeres acerca de su contexto y de sus experiencias de vida se puede reconstruir aquellas comprensiones de la vida mental individual y colectiva que han organizado las mujeres diagnosticadas con depresión. Al ser sistemas de interpretación que regulan nuestra relación con el mundo y con los otros, las representaciones sociales permiten orientar y organizar las conductas, al tiempo que definen las identidades personales y sociales, la expresión de los grupos y las transformaciones sociales (Jodelet, 1986).

Las representaciones sociales en tanto fenómenos cognitivos reúnen la pertenencia social de los individuos con sus implicaciones afectivas y normativas, con la interiorización de experiencias, de prácticas, de modelos de conducta y de pensamiento socialmente inculcados y transmitidos por la comunicación social a la que están ligados. De esta manera, su estudio constituye una contribución decisiva a la comprensión de la vida mental individual y colectiva. Desde este punto de vista, las representaciones sociales son tratadas a la vez como el producto y el proceso de una actividad de elaboración psicológica y social de esa realidad (Jodelet, 1986).

El carácter transformador de las representaciones permite ahondar en las experiencias personales y por tanto en las conductas de los actores que dan cuenta del universo simbólico en el que viven las mujeres en cada uno de sus contextos. Esto es posible porque la producción activa de representaciones cognitivas ocurre tanto en el nivel individual como en el social.

Tanto las representaciones previamente existentes (que se manifiestan en los conceptos y actitudes de cada persona), como las técnicas que hacen posible ese conocimiento, son producto de una larga experiencia y acumulación social hechas por grupos de diferente extensión e intercomunicación. Al mismo tiempo, la presencia permanente de tales representaciones ocurre en un campo de interacción en el que la intercomunicación únicamente es posible si se construye un universo simbólico común (Saltalamacchia, 1992 p. 46).

Moscovici (1979) define la representación social como “una modalidad del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (p. 17-18). Vista de esta manera, la representación es una estructura *mental* que permite a los individuos hacer inteligible la realidad social que se establece en el intercambio cotidiano de un grupo. De esta manera el individuo puede sentirse dentro del ambiente social, pues le permite “a quien conoce colocarse dentro de lo que conoce” (ídem) y de esta manera interpretar la realidad y actuar sobre ella.

Asimismo, en esta construcción de la realidad resulta necesario destacar que cada período de vida es importante en el ciclo vital de las personas, pues durante las diferentes etapas se asume distintos roles sociales. Momentos que permiten a la persona comenzar su construcción como ser humano diferenciado de otros y, al mismo tiempo, semejante. Uno de los más significativos para las mujeres, de acuerdo con las investigaciones consultadas, es el de los 20 a las 35 años, periodo durante el cual aparecen roles diferentes. Tal como lo propone Mills (1971), abandona algunos rasgos para adquirir otros, que implica, entre otras cosas, cambios en el centro institucional de control social

dentro de la persona a medida que crece. Por supuesto, sin desconocer que las experiencias de vida no son las mismas en un estrato que en otro.

No obstante debe reconocerse que las clasificaciones por edad, por sexo, por clase social, entre otras variables posibles, imponen límites que fundamentalmente buscan establecer un orden en la sociedad de manera que cada quien ocupe su debido lugar (Bourdieu, 1990).

El estrato socioeconómico de estas mujeres permite dar un contexto a las experiencias que han vivido al desempeñar varios roles. Las condiciones materiales de ser mujer, es decir, las posibilidades, los bienes y servicios tangibles a los que pueden acceder y la escogencia de ciertos objetivos y valores que guían y dirigen su conducta determinan diferentes maneras de ser mujer. En este sentido cobra gran importancia su contexto social y las diferentes experiencias de socialización a las que se han visto expuestas. El tipo de familia, las instituciones a las que tiene acceso y el tipo de relaciones que se establecen en estas, también estructuran maneras diferentes de ser y de hacerle frente a los roles que asumen en los diferentes órdenes institucionales.

Por lo tanto, es importante observar la afectación del tipo de relación establecido por las mujeres con episodios depresivos y su grupo familiar y social más cercano. Esta observación permite reconocer los diferentes modelos o referentes a partir de los cuales van estructurando maneras de hacer y de entender el mundo. Una estructura social se compone de órdenes y esferas institucionales. De acuerdo con Mills (1971) “el peso que tiene cada orden y esfera institucional con respecto a cualquier otro orden y esfera y los modos en que se relacionan entre sí, determinan la unidad y composición de una estructura social” (p. 49).

De igual manera, esta observación permite conocer qué tan fuertes son las relaciones que se establecen en el contexto familiar y social en el cual están inmersas. Siguiendo a Durkheim (1995), se espera que cuanto más numerosas y fuertes sean estas relaciones, (cierto número de creencias y de prácticas comunes a todos, tradicionales y, por tanto, obligatorias) más fuertemente integrada está la comunidad y más virtud preservativa tendrán sus integrantes. Entre menos creencias y prácticas comunes tenga la estructura y sea mayor la reflexión y el pensamiento individual más desprotegida o expuesta está una persona en su sociedad (Durkheim, 1995 p. 150).

Dicho de esta manera, la pregunta que orienta este trabajo de investigación se encamina a vislumbrar la incidencia del grado de integración social y familiar y el estrato socioeconómico, en la aparición de trastornos depresivos en mujeres adultas, en ámbitos urbanos. Como objetivo general se establece comprender la relación entre el tipo de

relaciones y el estrato socioeconómico en la aparición de síntomas depresivos en mujeres adultas, residentes en la ciudad de Cali, diagnosticadas con trastorno o episodio depresivo en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Para el cumplimiento de este objetivo se establecen como objetivos específicos:

- Caracterizar las condiciones materiales de vida de las mujeres diagnosticadas con trastorno o episodio depresivo
- Analizar los cambios personales que aparecen en las mujeres diagnosticadas a partir de los roles asumidos por estas al llegar a la edad adulta

La depresión no es vista en este estudio como el resultado de dificultades personales que le impiden a una persona enfrentar su realidad, sino como producto de un conjunto de procesos sociales que explican la manifestación de ese fenómeno. Se plantea una relación entre la enfermedad mental y ciertos factores sociales, especialmente una afectación mayor del trastorno depresivo en mujeres. Es posible encontrar cuáles son las condiciones psicológicas y biológicas que revelan la aparición del llamado por el orden psiquiátrico “trastorno depresivo” en las personas, sin embargo, no se encuentran datos que permitan comprender de qué manera se relacionan estas variables sociales con la manifestación personal de la enfermedad. Es decir, cómo los actores sociales se ven afectados por determinados factores sociales que tiene como consecuencia la aparición de la depresión como enfermedad social actual.

Por consiguiente, se propone un estudio de tipo exploratorio que permita obtener conclusiones provisionales sobre qué aspectos son relevantes y cuáles no en el estudio sociológico del que supone el orden psiquiátrico de una enfermedad mental. Un estudio que empiece a conocer y presentar la depresión como un hecho social y de esta manera, precisar mejor el problema de la salud mental a partir de nuevas hipótesis sobre la cuestión. Evidentemente, es una investigación con enfoque cualitativo. Esto implica caracterizar el marco de referencia social que determina la aparición de los llamados cuadros depresivos. Sin plantear relaciones deterministas entre la estructura social y la estructura psíquica, sino una relación de determinación social sobre las respuestas o manifestaciones personales de los actores ante su realidad.

La estrategia metodológica de este estudio

El acercamiento al problema se hará a partir de la construcción de casos clasificados como “sujetos depresivos” que permitan recrear este contexto. Se utilizará específicamente, un análisis de fragmentos de las trayectorias de vida de mujeres diagnosticadas con trastorno depresivo en Cali. Las mujeres serán seleccionadas de aquellas que han consultado en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Esta institución atiende cada semana en promedio 50 casos de mujeres con episodios depresivos. En su mayoría son pacientes vinculados al sistema nacional de salud con régimen contributivo o subsidiado, como cotizantes o beneficiarias, y en menor porcentaje pacientes particulares y vinculados.

El archivo histórico de las historias clínicas está en carpetas impresas diligenciadas a mano y, desde enero de 2009, se registra parte de la información del paciente en una base de datos digital. Para controlar la homogeneidad de la información registrada en las historias clínicas de psicólogos y psiquiatras frente a lo que se considera como trastorno o episodio depresivo, se utiliza como definición inicial de depresión la establecida por CIE-10. Esto permitió realizar comparaciones de datos estadísticos y tener, por tanto, un contexto local, nacional y latinoamericano del fenómeno. Debe aclararse que esta definición cumple un fin meramente diagnóstico, pues el tratamiento o manejo de las personas clasificadas con depresión depende del enfoque del profesional y del equipo interdisciplinario del Hospital Psiquiátrico.

Es importante precisar que esta clasificación (CIE-10) de los trastornos depresivos difiere de acuerdo con la duración y repetición de los episodios y con la gravedad de los síntomas. Por tal razón, es importante precisar que, como objeto de estudio, no se tuvo en cuenta el trastorno del humor denominado Distimia. En este, los episodios son de “carácter depresivo”, pero son repetitivos y se presentan en diferentes momentos de la vida de una persona. Por tanto, no sería posible hacer generalizaciones acerca de la aparición del trastorno analizando sólo un rango de edad específico. También se descartan aquellos trastornos desencadenados por hechos catastróficos o como consecuencia de un proceso de duelo por muerte. Esto, por estar directamente relacionados con un hecho o situación particular y eventual. De esta manera se utilizaron los casos diagnosticados como episodio depresivo y trastorno depresivo (F32 y F33 en la CIE-10).

Para obtener la información relevante para el estudio, primero se construyó una base de datos con todas las consultas atendidas en el Hospital psiquiátrico entre enero de 2012 y junio de 2013 que cumplieran con la especificación diagnóstica establecida. De esta manera se obtuvieron 3535 casos de los cuales se tenían 14 variables a comparar, entre estas sexo, zona de residencia, barrio, tipo de consulta, fechas de atención, estado civil, diagnóstico, edad y régimen de salud. La variable estrato se construye con el estrato moda de cada barrio de acuerdo con el ordenamiento territorial expuesto en el documento Cali en cifras 2012 (Guerrero, 2013).

En un segundo momento se realizó un análisis de 70 historias clínicas con el propósito de caracterizar las condiciones de vida de las mujeres que han sido diagnosticadas con depresión en la institución mencionada de la ciudad de Cali, además, los datos encontrados permiten vislumbrar algunos elementos de la representación que tiene el personal médico frente al manejo de personas con este diagnóstico. Esto permitió tener un acercamiento a las distintas confluencias de las que resulta el considerado “trastorno depresivo” como fenómeno social. “Es en su forma colectiva, es decir, a través de los datos estadísticos, como hay que considerarlos. Es preciso tomar como objeto directo del análisis la cifra social, e ir del todo a las partes.” (Durkheim, 1995 p. 135). Las historias clínicas fueron escogidas de manera intencionada desde la más reciente hacia atrás, con el fin de tener datos de contacto lo más recientes posibles para localización de las mujeres a entrevistar. Este ejercicio permitió además caracterizar los aspectos relevantes destacados por el personal médico en la atención y registro de información de estos casos.

Finalmente se realizaron 4 entrevistas a profundidad con el fin de conocer su perspectiva como actores sociales, la interpretación que tienen de sus roles en la edad adulta y de las implicaciones de estos en sus vidas como mujeres. La base de datos construida a partir de la revisión de historias clínicas permitió la asignación de los casos de acuerdo con las variables a estudiar, tipo de familia y estrato socioeconómico. De esta manera, se obtuvieron 9 tipos de casos, uno por cada cruce posible de las dos variables: estrato bajo y familia unipersonal, estrato bajo y familia nuclear-monoparental, estrato bajo y familia extensa, estrato medio y familia unipersonal, estrato medio y familia nuclear-monoparental, estrato medio y familia extensa, estrato alto y familia unipersonal, estrato alto y familia nuclear-monoparental, estrato alto y familia extensa. Los casos fueron seleccionados de manera aleatoria.

De esta selección se trabajó únicamente con una mujer, pues no fue posible contactar a todas. En algunos casos sus datos de contacto ya no eran vigentes o no contestaban, y en otros estaban ocupadas y se negaron a participar del estudio. El

contacto siempre estuvo a cargo del personal de Atención al Cliente del Hospital Psiquiátrico por disposición de la institución. Ante esto, se decide trabajar con las mujeres que en ese momento estaban hospitalizadas aunque no cumplieran con los criterios establecidos previamente para la selección. De esta manera, se logró la entrevista con una persona más, no fue posible hacerlo con otras por su estado de salud. Además, se debe señalar que esta entrevista estuvo afectada porque la persona estaba medicada en ese momento y esto limitaba su fluidez conversacional, las respuestas fueron casi todas cortas y concisas, sin posibilidad de profundizar en los temas. Ante este panorama se decidió acudir a psiquiatras particulares para acceder a mujeres que hubiesen tenido los diagnósticos en cuestión. Finalmente se lograron realizar 4 entrevistas¹, 2 de la base de datos del Hospital y 2 reportadas por psiquiatras particulares, que de alguna manera permiten dar cuenta de una estratificación básica: estrato bajo, medio y alto, definido por el lugar de vivienda, régimen de salud y condiciones materiales reportadas.

Para el registro de la información que arrojó el análisis documental se utilizó una matriz donde se agruparon los datos pertinentes a diferentes categorías sociales previamente construidas a partir de la información inicial que se tenía de las historias clínicas. Para la revisión de historias clínicas se creó una ficha de observación que incluía las variables que se quería observar (ver Anexo 2). A partir de la información recogida se elaboró una base de datos incluyendo otras variables que podían ser deducidas de esta: pareja, número de hijos y red de apoyo. Para la organización y posterior análisis de esta información se utilizó el programa SPSS.

Para realizar las entrevistas a profundidad y semiestructuradas, se elaboró un esquema de temas relevantes y preguntas guía que demarcarán el desarrollo de cada encuentro. Las entrevistas se hicieron de manera individual y guardando la confidencialidad que requiere el manejo de la información que se va obtener, previa firma de un consentimiento informado (ver Anexo 3) en el que las mujeres aceptaron participar del estudio. Esto implica reservarse para el investigador el nombre y demás datos que permitan la identificación de las personas entrevistadas, por esta razón en la presentación de las historias de vida se cambiaron los nombres de todas las personas nombradas. Los temas guía tenían como referente teórico la propuesta de Mills acerca de la organización de la estructura social. Para el análisis de esta información se utilizó el programa Atlas ti en el cual se categorizó cada entrevista.

¹ En el Anexo 1 se puede encontrar una breve descripción de las mujeres que participaron del estudio. Por confidencialidad se cambiaron sus nombres.

Las categorías de análisis fueron 6, algunas divididas en subcategorías. La primera fue Contexto de Vida en esta se agrupó información acerca de las condiciones materiales de ser mujer, las posibilidades tangibles a las que podían acceder. Esta se dividió en Datos Sociodemográficos, Movilidad Social, en la que se registraron los movimientos sociales de su núcleo familiar, económicos, de lugar o de escolaridad, y Tipo de Familia (con quien vive, conyugalidad, hijos, otras personas consideradas familia).

La segunda fue Roles y en esta se incluyeron los Tipos de Roles que ellas van a sumiendo a lo largo de su historia y los Referentes, es decir, las personas que mencionan en ciertos roles. La tercera fue Tipo de Relaciones que se divide en Relaciones Significativas (familia, pareja, amigos, hijos), enmarcado esto en la comprensión del proceso de socialización de cada mujer y Red de Apoyo, en la cual se identifica la percepción que tienen de si reciben o no apoyo y de qué personas.

La cuarta fue Imagen de Sí Misma que hace referencia a cómo se conciben, cómo se definen en sí mismas y en comparación con otras personas o estereotipos. La quinta fue Definición de Depresión y esta se divide en Síntomas y Tratamiento y Significación de su “Enfermedad”, es decir, qué obtienen con los síntomas, con la enfermedad, cómo es vivida. Finalmente, la categoría Estructura social u orden institucional en la cual se agrupa información relevante acerca de qué sucede en un contexto más amplio al de su historia, lo que ellas resalten en su vida.

La investigación se presenta en cuatro capítulos. En el primero se realiza una caracterización de las tendencias de la población diagnosticada con depresión que acude al Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. En el segundo capítulo, se presentan las historias de vida de las mujeres entrevistadas. En el tercero se presenta una síntesis de las categorías sociales estudiadas. Finalmente en el cuarto capítulo se realiza una discusión conceptual poniendo en contraste los datos obtenidos con los referentes teóricos consultados.

Capítulo 1. Caracterización de las mujeres con diagnóstico de depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

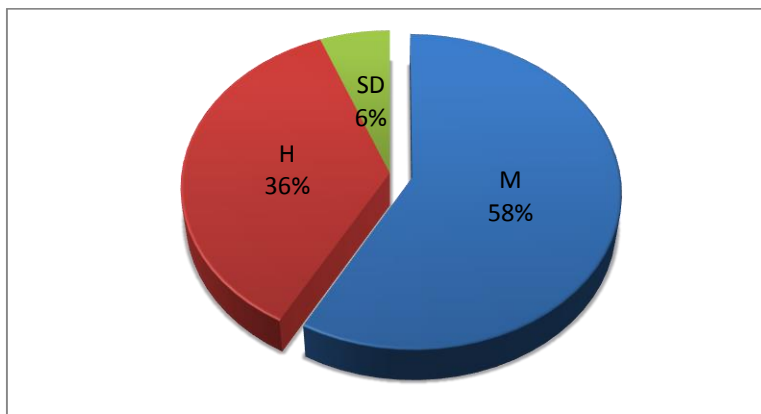
En este capítulo se presenta una aproximación al problema a partir del reconocimiento de algunas características sociodemográficas de las personas que son diagnosticadas con depresión, así como un acercamiento a las variables consideradas por el personal médico en el reporte y manejo de este tipo de trastornos.

El Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle es una institución pública especializada en la atención y abordaje de problemáticas relacionados con la salud mental. Realiza atención médica de tercer nivel de atención, de carácter público y es el centro de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente de Colombia. Fue creada hace 70 años como una institución de custodia de ciertas “patologías”. En 1955 se vincula el departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle como responsable de las intervenciones clínicas, realizando aportes desde lo asistencial y lo académico. En este momento la institución se presenta como un hospital de alta tecnificación, pionero en la investigación y los tratamientos psiquiátricos modernos (Tomado de (<http://www.hospitalpsiquiatricocali.com/hdpuv1/index.php/qsomos/history>)).

En el Hospital Psiquiátrico de Cali se reportaron 3535 personas diagnosticadas con Trastornos o Episodios depresivos en el período comprendido entre enero de 2012 y junio de 2013. De acuerdo con estos datos el 94% de la población atendida vive en zona urbana y el 92% del total pertenece al Valle del Cauca, lo que significa que los datos presentados a continuación arrojan un panorama de las principales ciudades del este departamento, siendo Santiago de Cali el municipio con mayor porcentaje de atención (79%). Estos datos coinciden con las estimaciones del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, según el cual el 98.4% de la población habita en área urbana, mientras que en el área rural solo el 1.6% de los habitantes (Alcaldía de Santiago de Cali - Secretaría de Salud, 2012)

En el siguiente gráfico se puede ver que del total de los casos atendidos con diagnóstico de depresión en el Hospital Psiquiátrico el 58% son mujeres y el 36% son hombres, lo que podría indicar un comportamiento similar al reportado en los estudios consultados frente a la prevalencia de la depresión en mujeres.

Gráfico 1.
Porcentaje de personas diagnosticadas con depresión según sexo²



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle entre enero 2012 y junio 2013

Como se observa en la Tabla 1, el 53,5% reporta vivir en lugares externos a Cali dentro de la zona urbana. Como no se registra lugar exacto, no fue posible ubicarlos en un estrato determinado. El estrato 3 aparece con el segundo porcentaje más alto (15,1%), seguido por el estrato 2 con el 13,9%.

Tabla 1.
Distribución por estrato

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	261	7,4
2	492	13,9
3	535	15,1
4	83	2,3
5	58	1,6
6	12	,3
EXTERNO	1892	53,5
SD	202	5,9
Total	3535	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle entre enero 2012 y junio 2013

² Las letras SD se usan para agrupar valores sin dato. La misma etiqueta se utiliza en las tablas siguientes.

Frente al régimen de salud, la clasificación utilizada por el Hospital Psiquiátrico es: contributivo (personas que están afiliadas a una EPS), particular (personas que pagan su consulta), subsidiado (personas con Sisbén) y vinculados (personas habitantes de calle o bajo ninguna de las modalidades anteriores).

Un alto porcentaje de las personas que consultan es población con bajos recursos económicos. En la Tabla 2. se puede observar que el 45% de personas tiene régimen subsidiado. Cuando se cruza el estrato con el régimen de salud se observa que el 47% de las personas que habitan zonas urbanas externas a Cali reportan régimen subsidiado y un 18% se atienden como vinculados. Incluso, el 58% de las personas atendidas de estrato 6 pertenecen al régimen subsidiado y el 14% y 16% de personas en estrato 4 y 5, respectivamente, pertenecen al régimen vinculados³.

Tabla 2.
Porcentaje por estrato y régimen de salud

REGIMEN	ESTRATO ⁴							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	EXTERNO	
CONTRIBUTIVO	13%	20%	34%	40%	36%	17%	23%	23%
PARTICULAR	1%	7%	12%	29%	24%	17%	12%	10%
SUBSIDIADO	68%	54%	40%	17%	24%	58%	47%	45%
VINCULADOS	18%	19%	14%	14%	16%	8%	18%	17%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%⁵

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle entre enero 2012 y junio 2013

Hombres y mujeres solteras son quienes más consultan al Hospital Psiquiátrico. En la Tabla 3. se observa que el porcentaje de soltero(a)s es de 67%. Esta prevalencia es más alta para el total de hombres con un 79%. También se observa que solo el 25% de las mujeres reporta tener vínculo conyugal (casada y unión libre) mientras que en los hombres este porcentaje es apenas de 17%.

³ Es importante tener en cuenta que la estratificación se obtiene del estrato moda de cada barrio, esto da un margen de error en la asignación, lo que puede indicar una no concordancia entre las condiciones de vida y el estrato asignado.

⁴ Distribución de lados de manzana según estrato, por barrio. Cali en Cifras 2012 (Guerrero, 2013)

⁵ El 5% faltante corresponde a información sin dato

Tabla 3.
Porcentaje por estado civil y sexo

ESTADO CIVIL ⁶	SEXO		TOTAL
	M	H	
Casado(a)	12%	10%	11%
Separado(a)/Div	4%	2%	3%
Soltero(a)	66%	79%	67%
Unión libre	13%	7%	10%
Viudo(a)	5%	1%	4%
SD	0%	0%	6%
Total	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle entre enero 2012 y junio 2013

También se observan similitudes en la edad a la que consultan hombres y mujeres al Hospital Psiquiátrico. Tal como lo muestra la Tabla 4., mientras que el porcentaje más alto para los hombres lo tiene el grupo de edad de 20 a 29 años con el 21% del total de hombres, para las mujeres es el grupo de edad de 50 a 59 años con un 20% del total de mujeres. Estos grupos de edad representan también el segundo porcentaje más alto tanto para hombres como para mujeres, 18% del total de mujeres de 20 a 29 años y 17% del total de Hombres de 50 a 59 años.

En la ciudad de Cali el mayor peso porcentual en la distribución por edades corresponde a las personas entre 25 a 29 años (8.9%), en contraste las personas entre las edades de 75 a 79 y 80 y más que presentan el menor peso porcentual (1.5%) (Alcaldía de Santiago de Cali - Secretaría de Salud, 2012).

⁶ En la revisión de las historias clínicas se observó que los estados civiles *divorciada/separada* y *viuda* cambian a *soltera* después de transcurrido algún tiempo.

Tabla 4.
Porcentaje por sexo y grupo de edad

GRUPO EDAD	SEXO		TOTAL
	M	H	
menor de 19	13%	16%	13%
20 a 29	18%	21%	18%
30 a 39	14%	13%	13%
40 a 49	16%	15%	14%
50 a 59	20%	17%	18%
60 a 69	11%	10%	10%
70 y más	9%	8%	8%
SD	-	-	6%
Total	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle entre enero 2012 y junio 2013

Con el propósito de caracterizar más a fondo las condiciones de vida de las mujeres, se revisaron 70 historias clínicas de aquellas que consultaron entre enero de 2012 y junio de 2013. La selección se hizo de manera ordenada comenzando por la más reciente. Esta selección tenía por objetivo facilitar el contacto con las mujeres en el paso siguiente de entrevista, dado que los datos de contacto se desactualizan rápidamente, de acuerdo con el personal de atención al usuario del hospital⁷. De esta manera la revisión abarcó únicamente historias clínicas de personas que fueron atendidas en el primer semestre del 2013. Dado que en la mayoría de los casos no eran la primera consulta en el centro hospitalario, la información recogida incluye folios o carpetas con ingresos al Hospital mucho más antiguas que el periodo escogido⁸.

⁷ Debe recordarse que, como se mencionó en la introducción, solo fue posible entrevistar a dos de las mujeres de la base de datos, pues se negaron a participar o no fue posible contactarlas.

⁸ La información de las historias clínicas es registrada por el personal médico del Hospital y archivada de manera digital. En estas aparece un formato general en el que se indaga por variables sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad, lugar de nacimiento. No todos estos datos son diligenciados y la información cualitativa adicional, correspondiente a motivo de consulta, antecedentes y evolución, es diligenciada a criterio del profesional tratante. La mayor cantidad de información se obtuvo cuando una misma historia tenía reportes de diferentes profesionales o la persona había sido atendida en diferentes ocasiones. Por esta razón, la base de datos que resulta de esta revisión no tiene todas las variables completas para cada sujeto. En estos casos se registró como *no reporta o poca información*.

El 79% de las mujeres que consultaron tienen hijos y el 84% de las mujeres con hijos vive en estrato 1, 2 ó 3 (ver Tabla 5). La tendencia general de la población colombiana y del Valle de Cauca muestra que a medida que aumenta el estrato disminuye el número de hijos⁹.

Tabla 5.
Porcentaje por número de hijos y estrato

ESTRATO ¹⁰	NÚMERO DE HIJOS					TOTAL
	0	1	2	3	4	
1	3%	3%	8%	3%	0%	16%
2	5%	13%	3%	5%	3%	29%
3	5%	11%	18%	5%	0%	39%
4	5%	0%	0%	0%	0%	5%
5	0%	3%	3%	0%	0%	5%
EXTERNO	3%	3%	0%	0%	0%	5%
Total	21%	32%	32%	13%	3%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de historias clínicas de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle

El nivel educativo de las mujeres que consultan no muestra particularidades significativas. El 34% de las mujeres tiene estudios superiores, entre técnica y universitaria. Similar porcentaje de mujeres no tiene nivel educativo o solo tiene primaria (36%). Sin embargo, el nivel educativo parece tener una afectación importante en el número de hijos. En la Tabla 6 se observa que las mujeres con menor escolaridad tienen mayor número de hijos, el 24% de las mujeres con hijos no tiene escolaridad o solo tiene primaria como nivel máximo, mientras que el 18% de las mujeres con nivel educativo universitario no tiene hijos o tiene solo 1.

⁹ DANE Informe Estadístico: Cuadro 9 Nacimientos por número de hijos nacidos vivos, según departamento y municipio de residencia de la madre. 2013 preliminar Consultado en: http://buscador.dane.gov.co/search?q=numero+de+hijos+&btnG.x=-844&btnG.y=-99&btnG.x=1&btnG.y=3&client=DANE_FrontEnd&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=DANE_FrontEnd&proxyreload=1&sort=date%3AD%3A%3Ad1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&getfields=*&exclude_apps=1&site=danegovco

¹⁰ En este cuadro no aparecen personas en estrato 6 porque la muestra tomada para revisión de historias clínicas no incluyó ningún caso.

Tabla 6.
Porcentaje por número de hijos y nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	NÚMERO DE HIJOS						TOTAL
	0	1	2	3	4	Poca información	
Ninguno	0%	0%	6%	0%	0%	0%	6%
Primaria	4%	4%	6%	6%	2%	6%	30%
Secundaria	2%	9%	4%	0%	0%	2%	17%
Técnica	2%	2%	2%	2%	0%	2%	11%
Universitaria	9%	9%	2%	2%	0%	2%	23%
No reporta	0%	2%	4%	0%	0%	6%	13%
Total	17%	26%	26%	11%	2%	19%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de historias clínicas de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle

Las ocupaciones con mayor porcentaje entre las mujeres son *estudiante* y *ama de casa* con el 26% y 22% respectivamente (ver Tabla 7). Las mujeres que no tiene nivel educativo o solo tiene primaria tiene como posiciones ocupacionales ser *ama de casa* y *desempleada* y sólo el 18% reporta tener empleo. Quienes se reportan como estudiantes tienen un nivel educativo de *secundaria* y *universitaria*.

Tabla 7.
Porcentaje por nivel educativo y posición ocupacional

POSICIÓN OCUPACIONAL	NIVEL EDUCATIVO						TOTAL
	Ninguno	No reporta	Primaria	Secundaria	Técnica	Universitaria	
Ama de casa	2%	0%	10%	6%	2%	2%	22%
Desempleada	2%	2%	2%	2%	2%	0%	10%
Empleado empresa estado	0%	2%	0%	0%	0%	0%	2%
Empleado empresa particular	0%	0%	4%	2%	6%	4%	16%
Estudiante	0%	0%	2%	8%	0%	16%	26%
Trabajador independiente	0%	2%	6%	2%	0%	0%	10%
No reporta	2%	6%	4%	0%	0%	2%	14%
Total	6%	12%	28%	20%	10%	24%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de historias clínicas de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle

La información acerca de la ocupación principal que las mujeres reportan se registró en la base de datos como *posición ocupacional*. La variable *varios roles* se obtiene de los registros cualitativos, teniendo en cuenta los roles que ellas asumen como actividad principal de su rutina diaria. Las historias clínicas hacen énfasis principalmente en los roles de trabajadora, madre, estudiante y ama de casa, no se tiene referencia a los roles de amiga, hija u otros que forman parte de las relaciones cotidianas.

Frente a esto se puede ver en la Tabla 8 que ser *estudiante* o *ama de casa* son las posiciones ocupacionales con porcentajes más altos, 28% y 23% respectivamente. El 72% de las mujeres reporta dedicarse de manera exclusiva a un solo rol y ser *ama de casa* tiene el porcentaje más alto como único rol. El 15% que reporta varios roles tiene como ocupaciones ser *estudiante*, *empleada* o *trabajador independiente*.

Tabla 8.
Porcentaje por estrato y la realización o no de varios roles

POSICIÓN OCUPACIONAL	VARIOS ROLES			TOTAL
	No	Si	No reporta	
Ama de casa	23%	0%	0%	23%
Desempleada	9%	0%	2%	11%
Empleada empresa del estado	2%	0%	0%	2%
Empleada empresa particular	15%	2%	0%	17%
Estudiante	17%	9%	2%	28%
Trabajadora independiente	6%	4%	0%	11%
No reporta	0%	0%	9%	9%
Total	72%	15%	13%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de historias clínicas de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle

Es significativo que el 58% del total de las mujeres que consulta no participa del mercado laboral, porcentaje en el que se incluyen a *amas de casa*, *estudiantes* y *desempleadas*. A nivel nacional, el 55,4% de las mujeres inactivas se dedicó a oficios del hogar, y el 61,8% de los hombres inactivos se dedicó principalmente a estudiar (Dane, 2013). De igual manera, el 11% de las mujeres reportan estar desempleadas, porcentaje muy cercano al total nacional que se ubicó en 12,4% para las mujeres, siendo mayor el desempleo para las mujeres que para los hombres.

Una de las variables más nombradas en las historias clínicas hace referencia a las relaciones de pareja. Este fue en muchos casos un tema central en los reportes de los motivos de consulta o en los antecedentes. La referencia se hacía por las dificultades

presentadas con sus parejas o por la terminación de la relación, como sucede con las mujeres que reportan estar casadas, pero sin pareja. Esta variable afectaba de manera significativa el estado emocional de las mujeres.

La Tabla 9 muestra que del total de historias clínicas revisadas el 49% de las mujeres reportan tener pareja. El 21% de las mujeres que no tiene pareja tiene hijos, frente al 40% de mujeres con pareja y con hijos.

Tabla 9.
Porcentaje por número de hijos y pareja

PAREJA	NÚMERO DE HIJOS						Total
	0	1	2	3	4	Poca información	
No	13%	11%	6%	4%	0%	0%	34%
Si	4%	15%	19%	4%	2%	4%	49%
Poca información	0%	0%	0%	2%	0%	15%	17%
Total	17%	26%	26%	11%	2%	19%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de historias clínicas de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle

De manera particular se observa que el 40% de mujeres tiene una pobre red de apoyo, principalmente en los estratos 1, 2 y 3 (ver Tabla 10). Como ya se mencionó, en estos estratos el número es mayor y el nivel educativo menor, lo que conlleva a limitadas o precarias opciones de generación de ingresos. Lo que ya empieza a evidenciar un perfil de las mujeres que son diagnosticadas con depresión.

Tabla 10.
Porcentaje por estrato y red de apoyo

ESTRATO	RED DE APOYO			TOTAL
	Buena	Pobre	poca información	
1	0%	9%	6%	15%
2	4%	13%	9%	26%
3	6%	17%	19%	43%
4	4%	0%	0%	4%
5	2%	0%	4%	6%
EXTERNO	2%	2%	0%	4%
Total	19%	40%	40%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de historias clínicas de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle

La información registrada por el personal médico también permite evidenciar de alguna manera las representaciones que estos tiene acerca de lo que han denominado *depresión*. El registro o no ciertas de variables en los reportes y anotaciones de los casos en cada sesión pueden dar cuenta de las variables que son tenidas en cuenta en el manejo de estas *pacientes*. Al respecto, en la tabla anterior se observa que es muy alto el porcentaje de historias que no registran información relevante a la red de apoyo de las mujeres. Tampoco fue posible reconstruir las condiciones materiales en las que viven, por ejemplo las condiciones de sus viviendas, acceso a servicios, condiciones de trabajo de ellas y su núcleo familiar, vestido, alimentación, etc.

Esto se puede contrastar con el porcentaje de casos atendidos desde disciplinas diferentes a la Psiquiatría y la Psicología, el 91,5% es atendido por profesionales de diferentes campos disciplinares, lo que podría suponer que el sub-registro de información por parte de los distintos profesionales es alto en las categorías mencionadas (condiciones materiales y red de apoyo) o que en el manejo interdisciplinario estas variables solo se tienen en cuenta en un bajo porcentaje de la población que consulta.

Sin embargo, frente a las condiciones materiales o de acceso a servicios y/o bienes, la Tabla 2 muestra que el 52% de las personas que consultan al hospital psiquiátrico asisten con régimen contributivo o subsidiado y solo el 10% asiste como particular. Lo que podría indicar que al menos la mitad de esta población tiene condiciones económicas poco favorables y que requieren hacer uso del sistema de salud público para poder acceder a una atención de este tipo.

Frente a la utilización de medicamentos como parte del tratamiento, en la Tabla 11 se puede observar que casi la totalidad de las mujeres que consultaron (96%) fueron medicadas como parte de su tratamiento, lo cual muestra una regularidad en el procedimiento a seguir.

Tabla 11.
Distribución por formulación de medicamentos y atención en varios servicios

	MEDICAMENTOS		OTROS SERVICIOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SD	2	3%	2	3%
No	1	1%	3	4%
Si	67	96%	65	93%
Total	70	100%	70	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de historias clínicas de personas diagnosticadas con depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitarios del Valle

Resulta pertinente definir en próximos estudios los planteamientos y las prácticas médicas como conceptos desde las ciencias sociales, esto a la luz de la comprensión de aquello que se propone como *normal*. Los comportamientos evidenciados o referidos a los *pacientes depresivos* se salen del patrón o no cumplen con las *reglas* establecidas por la sociedad y la misma práctica médica. Por tanto, la definición de un fenómeno patológico como la depresión debe surgir a partir de lo que se considera como *normal* y de esta manera identificar qué comportamiento rompe con las reglas generales del grupo (Durkheim, 1999).

De manera general, los datos presentados permiten esbozar un perfil de las mujeres que son diagnosticadas con Depresión en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Un alto porcentaje son mujeres solteras especialmente con bajos recursos económicos, de acuerdo con su estrato y régimen de salud. Con igual importancia aparece la edad como un elemento diferenciador destacándose dos periodos: de 50 a 59 años y de 20 a 29 años, periodos durante los cuales las mujeres asumen nuevos roles sociales, ser madre, esposa, abuela, ingreso o salida del sistema laboral, etc.

Se destaca en la revisión de las historias clínicas que un alto porcentaje tiene hijos fuera de un marco de conyugalidad, y que en la mayoría de los casos las parejas actuales no son los padres de sus hijos, esto conlleva al establecimiento de diferentes tipos de familia a lo largo de su historia.

Así mismo se destaca que solo un bajo porcentaje reporta tener empleo o ser trabajadora independiente, lo que quiere decir que depende económicamente de otros o se encuentran en situaciones de déficit económico; unido a esto, refieren tener bajo apoyo social, aun cuando reportan tener pareja¹¹. A esto se suma un alto porcentaje de mujeres con bajo nivel escolar, lo que puede dificultar su ingreso al mercado laboral o una remuneración económica baja.

De esta manera, aparecen dos factores muy asociados con la posibilidad de tener un diagnóstico de depresión, tener escasos recursos económicos y no contar con un contexto protector en el que se pueda asumir los diferentes roles con las condiciones mínimas de garantías. Por ejemplo, en el caso de ser madres tener una fuente de ingreso que le permita cumplir con sus obligaciones económicas y cuidar de sus hijos al mismo tiempo.

¹¹ El lugar que se le otorga a la pareja es abordado en el capítulo 3.

Es importante que estos datos sean vistos teniendo presente que toda institución es “una agrupación social legitimada”. Esta debe sus inicios a una serie de preocupaciones o señalamientos hechas por el medio social, por tanto, surge del interés común que tienen todas las partes sobre la existencia de una regla que asegure la coordinación, en este caso acerca de lo que se considera o no patológico Douglas (1996).

“Una Institución [como el Hospital Psiquiátrico] impone ante todo y simplemente un orden, en el sencillo sentido de una regulación perpetua y permanente de los tiempos, las actividades, los gestos; un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, que se aplica a su superficie, pero también se imprime hasta en los nervios”. (Foucault, 1973 p.2)

La interacción social permite pasar justamente de esa “inspiración social” a una inspirada científicamente que le da *objetividad* e identidad formal. Es así como la actividad intelectual propicia una identidad formal que permite dirigir el funcionamiento institucional y guiar “la energía moral de sus miembros”. (Douglas, 1996). Dicho de esta manera, las instituciones ofrecen alternativas acordes con las “formas que resultan compatibles con las relaciones que ellas autorizan”, esto a partir de las actividades que generan, los acontecimientos que se resaltan, sus principios y los sucesos o acontecimientos que son ocultados (ídem).

Esto implica que toda definición de salud y padecimiento (mental o físico) es una construcción social y varía en tiempo y espacio. Esto permite reconocer que existe, por ejemplo, un sexismo institucionalizado en las definiciones sociales de los padecimientos mentales (Ordorika, 2009). Se puede comprobar que “la relación numérica de mujeres y hombres con padecimientos mentales depende totalmente de lo que cada sociedad considera un padecimiento, y no de la vulnerabilidad física o mental inherente a cada sexo”. (Ídem p. 656)

Visto de esta manera, resulta importante poner en cuestión las elevadas cifras de enfermedad mental para las mujeres, pues estas no serían el reflejo de una realidad por fuera del control social ejercido por una sociedad eminentemente patriarcal que establece patrones muy estrechos para definir el comportamiento normal femenino, calificando de esta manera cualquier tipo de “desviación” de su comportamiento como síntoma de padecimiento mental. (Ordorika, 2009)

En concordancia con este planteamiento y retomando a Bourdieu (1990) es importante considerar que las clasificaciones por sexo, así como por clase social, edad,

entre otras variables posibles, imponen límites que fundamentalmente buscan establecer un orden en la sociedad de manera que cada quien ocupe su debido lugar. Por esta razón, los datos presentados anteriormente deberán ser vistos con una mirada crítica del contexto en el cual resultan y de las particularidades de la institución de la cual son obtenidos, esto permitirá generar más interrogantes acerca de la relación estadística que se ha establecido entre depresión y feminidad.

De esta forma, resulta necesario que las ciencias sociales continúen realizando investigaciones críticas que permita evidenciar las limitaciones y sesgos que existen en los discursos, prácticas y sistemas de salud, así como las relación entre los procesos sociales y los problemas mentales de los individuos, que redunden en cambios estructurales para el bienestar común.

Aún más si se observa que en los diferentes datos presentados el perfil de las mujeres que consultan al Hospital Psiquiátrico y son diagnosticadas con depresión es muy similar al perfil general de la población de mujeres en Colombia. Esto puede insinuar que una población muy alta de personas podría ser diagnosticada con Depresión. La prevalencia más alta de este diagnóstico en las mujeres podría estar insinuada en las diferencias en las condiciones de vida entre hombres y mujeres, siendo para ellas menos favorable. Esta diferencia entre hombres y mujeres puede ser un punto de partida para próximas aproximaciones al tema.

Una vez reconstruidas las diferentes características de las mujeres diagnosticadas con depresión, pasemos ahora a conocer las historias de vida narradas por las mujeres que participaron de este estudio.

Capítulo 2. Cuatro historias de vida de mujeres con depresión

En este capítulo se podrá encontrar cómo las variables mencionadas anteriormente se ponen en juego en las historias de vida reconstruidas en esta investigación.

Las entrevistas realizadas fueron diferentes en duración y profundidad de los temas abordados. Las situaciones en las que se realizaron favorecieron la entrevista o la dificultaron. De manera especial, la entrevista realizada a Olga fue la más corta porque ella se encontraba bajo los efectos del medicamento para la depresión; fue poco fluida y se tornó más como encuesta oral que como conversación; además, la entrevista se realizó en el contexto del hospital, pues ella se encontraba recluida ahí hace dos semanas, y su expectativa al acceder a la entrevista era poder salir del Hospital. Las tres entrevistas restantes se dieron en dos momentos diferentes cada una. La dinámica fue de conversación y apertura a la hora de brindar información sobre el tema señalado.

La información obtenida en las entrevistas se organizó teniendo en cuenta las categorías de análisis establecidas previamente. A partir de esta categorización y utilizando las mismas palabras de las mujeres se reconstruyen cuatro relatos que narran las historias de vida de cada una.

Crecer siendo mujer - Historia de Andrea

Yo nací en Cali. Mis papás se casaron jovencitos. Mi mamá tenía 20 años cuando tuvo a mi hermana. Ellos vivían al principio con mis abuelos en Villa Gorgona [Valle del Cauca], en el mismo pueblito donde creció mi papá y donde crecimos nosotras. Desde quinto de primaria estudié en Palmira, pero vivía en el pueblo, y para [el grado] once nos fuimos a vivir a Palmira. Yo no puedo decir que mi niñez fue horrible, porque tuve momentos muy chéveres. Jugué mucho con mis primas y mi hermana. Recuerdo que la casa del pueblo tenía un patio grandísimo, jugábamos ahí, nos subíamos en la hamaca, nos metíamos en un tanque donde lavaban la ropa, hacíamos pasteles de barro, hacíamos vestidos con periódicos, hacíamos de todo.

El pueblo era en sí muy peligroso, se veía mucho el vicio y las niñas embarazadas. Mi papá era muy estricto y eso no le gustaba. No nos dejaba salir, nos mantenía del

colegio a la casa, y a mis amiguitos tampoco era que los dejaran salir mucho. Yo le agradezco porque uno nunca sabe, de pronto pude a ver caído en algo malo. Yo digo que mi niñez fue muy normal, muy tranquila.

Mi hermana se fue cuando tenía 16 años. Ella es piloto de helicóptero, entró a la fuerza aérea y ya va a casarse. A pesar de que ella ya está lejos, prácticamente sólo la vemos 5 veces en el año, ella siempre está muy pendiente. Con mi hermana yo me he llevado bien toda la vida. Me pregunta que cómo estoy, que si estoy contenta, yo le digo que estoy bien, porque ella también maneja mucho estrés allá. Mi mamá me dice que mejor no le cuente cosas. Una vez la llame súper mal y ella se enojó con mi papá y por eso mi mamá tampoco me hablaba a mí, que porque yo era una chismosa, entonces yo ya no volví a contarle nada. Yo creo que para ella soy, mejor dicho, súper buena, porque ella sí sabe todo de mí, sabe que estoy estudiando en un lugar que no me gusta, una carrera que no me gusta, y que sigo estudiando a pesar de todo, ella me dice que soy muy *guapa*.

Ahora vivo con mis papás en Palmira. Mi casa es blanca, grande, está muy bien iluminada, me gusta eso. Mi mamá la tiene muy bonita, que el detallito, que el cuadro, que el espejo. Mi cuarto queda al lado del de mis papás, y al de mi hermana, duermo en el segundo piso, también hay un estudio. En el primer piso está la sala, el comedor, la cocina, un patiecito y el garaje. Y en el tercer piso está el cuarto de huéspedes, el lavadero, el patio de ropas y un balcón.

Mi mamá se encarga de todo, ella es ama de casa. Yo creo que ella espera que me gradúe para dejar a mi papá, para que yo la pueda mantener. Yo digo que esa mujer tiene un aguante que no lo tiene nadie. Ella nunca nos ha abandonado, que depresión, nada. Ella me dice que hace mucho tiempo está con una mano de problemas y que sigue aquí, ella no sabe por qué yo no soy así. Yo creo que salí a mi papá. A mi mamá le toca vivir unas cosas muy duras y yo me puse a pensar que si ella se va pensaría cómo nos iba a mantener, o si mi papá nos llevaba lejos porque es el del dinero, entonces se quedaría con la custodia, yo digo que mi mamá se aguanta todo eso por las hijas. Yo a mi mamá la admiro bastante y por eso yo la quiero ayudar.

Aunque no siempre fue así, mi mamá me dijo que fue súper feliz cuando era niña, a pesar de que en la casa de ella hubo tantas carencias, que a pesar de que no le dieron lujos, ella jugó, se rio, tuvo amor, fue responsable. Yo pensé que me iba a decir que un niño al que no le puedan dar todos los gustos, pues va a crecer todo pésimo y ella me dijo que no, que recuerda el río, los amigos, el colegio. El papá de mi mamá era cortero de caña. Fue muy tacaño con ella. Que si perdía el colegio la echaba, para ellos era un lujo llevar sus cuadernos en esas bolsitas de Kokorico. Su casa estaba en obra negra y los ladrillitos intercalados que dejan como roticos eran las ventanas. El papá no le dio para seguir estudiando, ella se inscribió en el SENA, pero en ese tiempo le daban prioridad a los indígenas y personas así, entonces no pasó y mi abuelito no le quiso ayudar, solo estudió

hasta once.

Mi papá nunca dejó a mi mamá trabajar. No le gustaba, quería mantenerla. Dice ella que le hubiera gustado trabajar, yo la entiendo, porque depender de alguien económicamente como que no. Mi mamá siempre fue muy de su casa, se casó con su primer novio, ¡qué horror! Mi papa sí fue muy recorrido, el sí tomó, tuvo novias, mejor dicho de todo. Con mi papá es muy complicado, yo le tengo miedo. Con él no me puedo sentar a decirle que tengo un problema, y él tampoco me puede ver llorando porque eso es un delito, me regaña horrible. Con mi papá no se puede tratar y es súper maluco eso. Yo digo que él no me conoce.

Él es contratista, trabaja haciendo obras para los ingenios azucareros. Mi mamá me dijo que hubo una época donde ellos tenían mucho dinero y muchas tierras. Mi papá entró a estudiar Contaduría, pero no le gustó, se retiró y empezó a trabajar. Mi abuelo, también era contratista. Mi papá tiene problemas con el trago y con la ira y todo eso, tuvo un intento de suicidio, se pegó un balazo cuando era joven. No se había casado todavía. Fue al psiquiatra porque sintió que necesitaba manejar la ira, pero él tampoco volvió. Ahorita mi abuelito también está en depresión, está que se tumba el alma, él llora mucho. Mi abuelito también es depresivo y le echa la culpa a mi papá de todo eso. Eso de la depresión como que es hereditario. Con mi papá era muy estricto. No lo dejaba tener novia, amigos, nada, del colegio a la casa. Empezó a tomar porque mi abuelito le ofrecía trago, porque él decía que su hijo es un varón y por eso que tome. Cuando mi papá vio que con el trago se podía revelar pues lo hizo.

Es que mi papá era alcohólico, ahora toma pero ya no es tan horrible. Yo recuerdo que llegaba a pegarle a mi mamá, una vez hasta la tiró al piso y la tenía así agarrada de las manos y le gritaba y mi mamá llorando. Y mi hermana siempre me llevaba a donde mis abuelitos que vivían cerca de la casa, ella me cogía, me envolvía en una cobija y me llevaba. A mi hermana sí le tocó súper feo. Yo recuerdo que una vez como en noveno que le pegó un golpe y le alcanzó a dañar el tabique. Ella ya está como en la costumbre, ella dice que ya le da igual, pero yo sé que no le da igual, eso es obvio. Mi mamá no entiende que yo sufro tanto cuando mi papá la grita, yo siento que me está gritando a mí, yo siento como una puñalada en el pecho. Pero ella es como toda pasiva, y cree que si ya aguantó lo peor por qué no se va a aguantar esto. Yo creo que es el colmo del masoquismo, yo hace rato me hubiera ido.

Con la familia de mi papá el problema es el dinero, porque mi tía le pide mucho dinero a mi papá. Mis abuelos y [mis tías] no agradecen todo el esfuerzo que hace. En cambio en la casa de mi mamá tú llegas y, a pesar que es un lugar humilde, tú te sientes como cálido, no hay dinero y se siente tranquilidad, no importa el dinero, es chévere. En cambio en la casa de mis abuelos [paternos] si es más complicado. Mi abuelita se enojó el día que me dieron carro a mí y le dieron carro a mi hermana, pero cuando les compró

carro a mis tías no dijo nada. Mi papá es el que los ha sacado a Panamá, a Argentina, él se esfuerza por darles gusto. Él es el que les paga la salud, le paga los servicios, a mi abuelo le da todo. Yo no sé si pensar que mi papá es bueno porque hace todo esto, pero un esposo que lo trate así a uno, que te grite, que te haga llorar, que ya no duerma en tu cuarto, que sea un borracho. Mi mamá no se merece esa vida. Yo estoy como a metros con el matrimonio.

Mis tías todas trabajan, menos una, y eso que ella trabaja indirectamente, ella vende accesorios. Una de mis tías es divorciada, es la que mantiene a las hijas, porque el marido se desentendió. Y a mí me gustaría ser como ella, porque se compra su ropa, se da gustos diarios, eso es chévere. Pero en la familia de mi mamá todas son amas de casa. Sólo una que vive aquí [en Cali], las otras viven en el pueblito donde se crió mi mamá, ellas no salieron de allá. Mi tía nos enseñaba a bailar, nos decía que teníamos que aprender y nos enseñó que la salsa, que el merengue, la bachata. Ella es la tía rumbera, la tía que hay en toda familia. Ella nos hizo probar vino, me arregla, me invita a salir, la que en los diciembres pone la música y nos pone a bailar a todos. Además de ella, también hablo con los primos de otra tía que vivían cerca de la casa. A mi primo yo le comento que me siento súper horrible y él me dice que vamos al gimnasio para sacar cuerpito, y además desestresarme. Él es el que me obliga a ir al gimnasio.

Yo alcancé a estar en el colegio cuando mi hermana estaba en once y pues fue chévere porque ella me cuidaba y todo. Estudiamos en un colegio militar, ahí no me sentía como tan excluida. En el otro colegio, el de primaria, por ser alta me molestaban, en cambio cuando yo entré al Militar habían otras niñas que eran más altas que yo. Ya no importaba, la gente era como más normal, podía andar con ellos y no pasaba nada. En el colegio nosotras teníamos que mantener con el cabello recogido, pero algunas eran con su pelo suelto y que el maquillaje y andar abrazadas con unos, en las piernas de otros. A mí no me parece que eso se vea bien en una mujer, ser así como tan hueca como tan plástica, uno debe demostrar otras cosas. Es que a mí no me criaron así. Mi papá ni ese maquillaje de juguete nos dejaban comprar, entonces yo jugaba con barbies, jugaba con carros, yo jugaba con cualquier cosa. Yo todavía yo no le doy prioridad a arreglarme.

Mis compañeros siempre fueron como muy relajados, tenía unos en especial que eran así como hermanos, ellos eran de salir y de tomar y todo eso, pero eran personas que uno les cuenta las cosas, que son apoyo, que te llaman, era súper chévere. No faltaba pues también el lucido, el que se creía mejor que uno porque hablaba con yo no sé quién, pero uno se relaciona con la gente que es como del mismo corte de uno. Entonces fue chévere porque hice amigos que eran como diferentes, tenían otra visión, era muy bacano. Y conocí pelados súper inteligentes y uno como que esa competencia. Nosotros en el colegio competíamos por el primer puesto, en cambio ahora me va re mal. Ellos conocían todo Palmira y yo era muy por allá. Llegaba el fin de semana y los amigos hablando que fueron a cine, a tal lado, y como los papás no le daban a uno esa libertad, entonces no participaba

en la conversación.

A mi papá no le gusta que yo salga, si mucho me deja salir a comer y tengo que estar a las 10 en la casa. Una vez me dejo ir a un grado, pero súper bravo y me recogió como a las 11:00. Me da rabia porque yo me siento que con 20 años y él no me deja salir, me tiene en la casa encerrada. Eso a mí me fastidia horrible. Además es malgeniado, uno no puede hablar con él tranquilamente sin él meterle el grito o el madrazo. Él dice que nos quiere mucho, que es nuestro apoyo, pero que no le cuente de novios, que estoy triste, nada. Quisiera que me dejara también escoger, porque si él no hubiera hecho como tanta exigencia yo estaría estudiando otra cosa totalmente diferente y estaría más feliz.

Al final de once ya todos estaban ocupados con cosas, ya que el futuro, que la universidad, que trabajar, una se embarazó y no termino once, otro muchacho ya la novia tuvo el hijo, otro pues lo sacaron por meter vicio, entonces era como que todo se acabó. La última vez que nos vimos todos juntos fue cuando nos entregaron el diploma. Eso de que juntos para toda la vida no es cierto, en un mes ya chao, usted por su lado y yo por el mío. Y las personas que eran súper cercanas a tu vida ya no están. Pero con otras gentes sí son súper unidas, uno ve las fotos donde salen todos, igual me volví *no me importa*, me da igual. En once también tuve novio, pero era menor que yo, era chévere, bonito, duramos como cinco meses, no fue el amor de mi vida. En noveno fui novia de un amigo, pero terminamos porque el día de mi cumpleaños me engañó con mi mejor amiga, pero somos los mejores amigos hasta ahorita, nos llevábamos súper bien.

Ahora salgo con niñas que son súper relajadas, son de reírse de bobadas, de molestar, de ser sencillas como visten, no son de rumba, ni de salir, ahí no me acomplejo y no me importa, eso es chévere, no te juzgan ni les importa el dinero. Nosotras no somos de mantener arregladas, somos muy normalitas, nada de estar operadas, aunque a ellas las conocí en la Universidad [Javeriana]. Son las primeras amigas que yo tuve y tengo hasta ahorita. He tenido como otras amigas pero ha habido problemas. Uno es bien con las personas, pero como antes no.

Yo pienso que a veces es más fácil llevarse con hombres que con mujeres, pero tengo más amigas niñas que niños. Ellos te dan más apoyo, es como estar con un hermano, que si alguien se mete con uno el hermano va y te defiende, en cambio con las mujeres es más difícil lograr eso, uno con las mujeres tiende a pelear más fácil, hay como más chisme. Claro que nada como tener una amiga a la que le pasa lo mismo que a uno y entre mujeres hay más confianza, pero yo digo que, lo que pasa es que hay que saber encontrar la amiga que se acople a uno. Si yo era como antisocial antes, aquí en la U es horrible, a mí me da pena todo, yo soy súper penosa.

Lo que más me gustaba de mi colegio era la disciplina militar, a mí me gusta mucho la vida militar y poder servir al país, poder decir yo salve a ese pueblito que lo está

atacando la guerrilla y cosas así. Quería entrar a la fuerza aérea como loca, desde que tengo uso de razón quería entrar y no quedé por la columna, fue horrible, ha sido la decepción más grande que he tenido hasta ahorita. No perdí los exámenes de conocimiento, perdí los exámenes físicos, fue por algo de mi cuerpo, yo hasta pensé en operarme de la columna, pero era muy riesgoso.

Entonces me metí a Ingeniería Civil, pero de mala gana y me arrepiento. Mi papá no quería que estudiara otra cosa, él dice que no, pero no le gustaba ninguna otra carrera. Como en la [Universidad] del Valle me inscribí fue a Medicina y no a Ingeniería, pues obvio no quedé y me metí a la [Universidad] Javeriana a Civil. Cuando entré a la universidad empecé con esa soledad, sin amigos, a sentirme re bruta, porque pues obvio la universidad no es nada como el colegio a pesar que a mí en el colegio me iba bien, eso no es nada. A mí no me gusta sentirme bruta en esas clases, me da mucha frustración, por ejemplo, estar en estadística, yo estudio con una niña de 16 años que está haciendo doble titulación en Sistemas y Electrónica, y que ella entiende súper bien y que recuerde sin copiar y que yo, así copie y así lea, nada se me queda, me quedo en blanco, que me vaya mal en parciales.

Yo quería algo en lo que yo pudiera ser buena, yo quería mi beca, que mis profesores lo tuvieran en cuenta a uno, yo en sí no siento eso, yo me siento muy mal en esa carrera. A mí me da miedo hasta hablar en clase. A mí me encantaría que un profesor me tuviera presente porque yo participo mucho, así sea decirle que no entendí. Cuando una profesora saca para participar al frente me aterra, no es porque no sepa sino porque me da pena y creo que van a decir que soy bruta, eso para mí es horrible. A mí me da miedo de la persona que soy.

Segundo semestre me dio súper duro porque fue cuando me pelié con la niña con la que mantenía todo el tiempo. Yo no tenía más amigos, de hecho se acercaban a hablarle a ella y ni me presentaba ni nada, hacía planes y ni me invitaba. Entonces mantenía sola, muy sola todo el tiempo, en una tristeza horrible. Ahí fue que aprendí a estar sola, a almorzar sola, a no tener a nadie con quien hablar. Con los que yo estudio en mi semestre todavía no me hablo con ellos, me hablo más con los de semestre de abajito, porque me siento que no sé, que no encajo, no me siento aceptada, es muy maluco, no me gusta.

Es que yo siento que hay gente muy prepotente, como muy crecida, que se burlan mucho de uno, por ejemplo, de pronto pueden ser cosas de mi imaginación, pero yo llegue a clase y me recosté en el muro y comenzaron como a cuchichear y yo como soy muy sensible casi me dan ganas de llorar por esa bobada. Entonces me sentí súper aburrida. Y cuando llegué, el amigo que me llevaba a la casa y otro *man* comenzaron a decir que yo era una sanguijuela, que yo era una copiona, que me voy a graduar tarde, que yo era bruta, pues más que todo lo decía ese *man* al que yo no le hablé, yo casi me pongo a llorar en ese carro, llegué re aburrida a mi casa.

En el estudio, yo estaba mal en tercero, me tiré mejor dicho todas las materias habidas y por haber. Ahorita, aunque a mí no es que me mate la carrera, estoy esforzándome, porque cuando uno se gradué y vaya a buscar trabajo no es buena carta de presentación tener notas malas. Porque hasta he pensado en no quedarme trabajando con mi papá, él me dijo que entrara a Civil para ayudarlo, pero no. Él cree que me va bien y ya tocó terminar. A él no le puedo decir que perdí una materia, ese hombre se enloquece, yo le tengo mucho miedo a mi papá. Eso es como la mafia, una vez uno se mete no se puede salir. Si le digo a mi papá se va a enojar mucho, mínimo se pondrá a tomar, se decepcionará. Eso a mí me aterra, decepcionar a mis papas.

A mí me gustaría tener mi empresa, me gustaría obviamente darles la súper casa a mis papás, yo sé que en parte Civil me puede permitir eso. Yo quiero hacer Administración, es la meta que tengo y que ojalá me dejen. En Administración es diferentísimo a Ingeniería, es otro ambiente, es conocer otra gente, a ver si es que soy yo o si es la universidad. Allí son más relajados en el estudio, no están compitiendo. Siento que se acopla más a mis competencias o aptitudes para lo que yo soy buena. Ahí yo ya tengo un chance, porque es algo que yo puedo hacer. Cuando yo entiendo, cuando tengo la intensión y me gusta ya puedo sentarme y hacerle hasta entender, eso me da una esperanza. Yo quiero estudiar, llegar hasta mi doctorado. Hoy estaba pensando que como estoy viendo unas materias de Administración de Empresas y me ha gustado mucho esa carrera, me podría ir pasando.

Yo me quiero retirar pero hay una parte de mí que me dice que no me puedo rendir, sería como botar esos dos años y medio. Además, por ejemplo Cálculo Diferencial, tenía que sacar un 3.0 y saque 4.6. Yo sé que me tengo que dar moral pero es difícil cuando no es lo que te gusta, es horrible. El que quiere ser pintor es pintor, pero hace algo que le gusta, porque no hay nada más horrible que estar esclavizada en algo que no te gusta. Levantarme todos los días diciendo que tengo que ir a esa universidad, ver clases que no entiendo, que no me gustan. Aquí mismo tengo como una tristeza, es que yo quería hacer otras cosas en mi vida, yo quería ser alguien y ahora siento que no soy nadie. Salirme sería lo peor que yo podría hacer en mi vida, sería un desperdicio de dinero para mis papas, me da mucha rabia, porque yo sí la dejaría.

A veces me siento súper sola en mi casa, porque a mi hermana no le puedo contar nada, mi mamá me dice que ore o rece, que no le dé importancia, que sea fuerte y a mi papá no le puedo contar nada. Entonces uno no tiene a quien contarle sus problemas y uno empieza a pensar que nadie me nota y quisiera que alguien note que necesito ayuda. Me da esa tristeza, ese desasosiego, empieza una cosa horrible en el pecho, como un nudo. Todo empieza por ponerme a pensar que soy horrible, que no tengo amigos, que soy una inútil, que mis papás están botando la plata conmigo. Tú misma tratas de decirte que no es cierto, pero es como tú misma diciéndote cosas malas, es bien impresionante. Es algo que yo no controlo. Es una voz en tu cabeza diciéndote cosas muy feas de ti y una

tristeza y una soledad que es muy feo. Es algo que te carcome.

Muchas veces consideré en suicidarme. Yo estaba en 11, pero eran pastas como muy fuertes, entonces me arrepentí, era como llamar la atención, como pedir que me ayuden de una forma súper boba, pero lo hacía. Ahora lo pienso como una tentativa, por ejemplo, decir me tiro del quinto piso del [edificio] Guayacanes [en la universidad] y acabo con todo este estrés que tengo. Vivir es muy exhausto. La muerte yo la veo como un descanso, aliviarse de todos esos problemas, de todas esas cosas, esos pensamientos feos que tiene uno de uno mismo, sería como un descanso de todo eso.

Nunca he tenido una buena imagen de mí, soy muy autocrítica, yo soy muy fuerte conmigo misma. Y entonces comencé a sentirme muy sola, muy inútil. No sé en el colegio qué fue lo que me pasó, pero fue ahí cuando me empecé a aruñar. Pero cuando entré a la Universidad me empezó más la cosa esta de la depresión, porque yo fui al psiquiatra cuando empecé la vida universitaria. Porque uno tener un plan de vida, decir yo quiero esto y no veo para otro lado más y no haber quedado. A mi aún me da duro, porque yo me imagino cómo pudo haber sido mi vida.

Mi mamá se enteró que yo tenía tendencias a deprimirme, que yo me aruñaba, me cortaba toda. Entonces cuando se enteró ella se asustó mucho. No quiso ir a la psicóloga, porque yo averigüé y cuando una persona tiene tendencias al suicidio y todo eso es mejor ir al psiquiatra, por la medicación, entonces ella fue la que me llevó. Yo iba al psiquiatra a desahogarme, pero ellos le dan una visión muy química de la depresión. Es que en tu cerebro está pasando esto, entonces tómese esta pastica, y la verdad yo sé que eso a mí no me llena y no volví. Depender de una pasta para estar bien, no. El psiquiatra me veía cada dos semanas, luego me empezó a ver una vez al mes, me decía que no hiciera ciertas cosas, como que compórtese. Yo creo que ellos no entienden una cosa, que hay cosas que se le salen a uno de las manos.

Al principio sí me tomaba la pastilla, tenía que ser por la mañana porque si me la tomaba por la noche me quitaba el sueño. Era como tú estar normal y no sentir nada, como si vivieras todo en gris. Me daba igual todo. Uno piensa que está saliendo de la depresión, pero para mí es como una ilusión, porque si yo dejaba la pasta me volvía, nada me importaba. Yo no esperaba que la pastica me quitara del todo la depresión. Yo todavía tengo problemas con eso, yo no vi la medicación como una salida.

Con mi mamá me la empecé a llevar muy bien. Un día tuvimos una pelea súper horrible, que ella lloró, yo lloré, azotamos puertas y todo. Yo le decía que ella quería más a mi hermana, que a mí no me quería, le gritaba que no me molestara, que ella no era nadie, que nunca estaba para mí, yo le grite de todo y yo como que descansé. Desde esa pelea ella me llamaba llorando y me decía que yo me cortaba por su culpa, yo le decía que no, porque ella no tenía la culpa, eso es cosa de uno. Y a partir de ahí, tenemos nuestros

problemitas y todo, pero ya no es como antes, que ella en su cuarto y yo en el mío, no nos abrazábamos ni nada, en cambio ahora es diferente. Con mi hermana también, cuando se enteró, me llamaba llorando. Ella ahorita está más pendiente, siempre me pregunta si estoy contenta.

Yo tengo un sueño secreto. Yo siempre quise ser modelo, pero mi papá nunca jamás me dejaría. Él me ve una falda y me regañaba horrible, no le gustan los short, ni el maquillaje ni nada, entonces yo soy muy tosca en mi forma de vestir. Mi mamá me dijo que me metiera y otra tía a la que le conté me dijo que si quería ser modelo debía meterme y buscar el modo, pero arrancar. Allí enseñan que la etiqueta, que caminata, que asesoría de imagen, eso es como contribuir a un sueño que yo tengo, a mi autoestima, verme más bonita y sentirme yo más bonita. La hermana de una amiga está ahí, y yo siempre le he dicho a ella que quiero entrar. Estar allá uno que es alto con tacones, súper elegante, modelando y todo, sentirme bien conmigo misma, es algo que yo no siento hace tanto tiempo, sentirme orgullosa. Porque yo nunca me he arreglado así.

Yo soy independiente, yo sé que trabajando, pudiéndome pagar esto, pudiendo estudiar lo que quisiera, en una habitación, pues más económica, yo me voy hacer mi vida. Mi vida la voy a construir yo, voy hacer feliz, pero ahorita no puedo darme ese lujo. Me da susto, que tal que mi papá la coja contra mi mamá. Yo quiero empezar a trabajar. Sería buscar algo de viernes, sábado, domingo, así no estaría más encerrada en mi casa. Yo sé que mi papá no me quiere dejar trabajar porque él sabe que apenas yo tenga dinero yo me voy. Mi papá lo tiene a uno ahí es por plata, si yo tuviera, con todo el amor que les tengo y les agradezco, yo me voy. Es un problema eso de tenerle miedo a alguien, yo no me siento bien así. Ya estuve averiguando, estoy buscando trabajo, pero antes de soltarle el bombazo a mi papá de que no me gusta la carrera y me va mal, quiero pensar bien que hacer, quiero tener un capital. Hablar con mi mamá porque pobrecita ella al final chupa todo lo que pasa en la casa, pero si quiero hacer algo al respecto.

Casarme no me llama la atención, porque primero quiero hacer muchas cosas por mí, y yo no sé si lo que yo quiera hacer lo pueda hacer estando atada a alguien. De pronto cuando uno ya esté grande y ya viajé, ya modelé, ya hice un curso de cualquier cosa, fui a tal festival, conocí tal lado, fui a Buga me devolví en cicla, cosas así, que son para el disfrute de uno. Yo quiero algo para mí, algo que me llene, yo lo quiero hacer. Después de eso de pronto sí, pero ahorita no. Sí me gustaría adoptar, darle la oportunidad a un niño que ya está y por X o Y motivo no lo quisieron, darle la oportunidad de tener un hogar.

Yo siento que le caigo bien a la gente que le tengo que caer bien, y que la gente me quiere por lo que soy, ya con eso quedo tranquila. No tengo que andar arreglada, ni ser de una forma ni ser de otra forma para caerle bien a los demás. Yo digo que todo depende de la personalidad de la persona, porque puede ser muy bonita pero si es antipática, ni amigos tendrá. En cambio una persona que sea así como muy feíta pero con

una personalidad muy chévere, agradable, tierna, llega a conocer a una persona súper bien. Pero yo no me siento capaz de juzgarme a mí misma así. Es que yo no me gusto, no por lo físico, sino que tampoco me gusto como persona y eso es duro, la gente dice que eso es mental, pero es así. Yo me siento fea y yo creo que por ser fea no tengo novio, pero de pronto no es así. Es complejo de manejar.

Intimidad vulnerada - Historia de Lucía

Tengo 23 años, estudio licenciatura en Música en Univalle. Vivo con mis papás, mi hermano menor y mi abuelo de 93 años. Arrendamos en la casa de mi abuelo. Comparto mi cuarto con mi hermano. Nunca hemos tenido casa. Cuando era niña vivíamos en la casa de mi tía, es una segunda planta sobre la casa de mi abuela, y también mucho tiempo vivimos en la casa de mi abuela. Mi tía tiene casa porque ella estudió, la casa de mi abuela es la herencia de mi abuelo antes de morir, mi mamá nunca quiso estudiar.

Muchas veces cuando yo ya iba creciendo y me daba cuenta de la situación mi papá le decía que estudiara, que hacemos el esfuerzo, que estudiara enfermería, porque le encanta la Medicina, o lo que quisiera y ella decía que le daba pereza. Ahora es secretaria de Coomeva y te dice para qué sirve cada medicamento, quién es el doctor que opera cada cosa, sabe los significados de un poco de enfermedades, de traumatismos y le encanta. Mi papá es una mente brillante, ahorita está en primer semestre en la universidad y tiene 50 años. Mi papá sabe mucho, pero él no ha podido tener un *cartón* por esa inestabilidad económica. Terminó la tecnología, quiere ser Ingeniero Agrónomo, esa fue la carrera con la que empezó, pero él dice que cuando mi mamá quedó embarazada de mí él no pudo seguir estudiando, que cuando intentaba venir a la universidad mi mamá lo sacaba de las clases.

Ella lleva casi 7 años trabajando en Coomeva. Antes trabajaba con una señora llevándole la contabilidad y antes trabajó en una empresa que se llamaba Cementos del Sur que era fachada de los Rodríguez. Trabajó ahí durante muchos años y ganaba muy bien, de hecho mi papá no trabaja en ese entonces. Ella renunció, no es porque se diera cuenta de algo y tuviera que salir ni nada de esas cosas, simplemente quedó en embarazo de mi hermano, le dio preeclampsia y después de eso no quiso volver a trabajar.

Mi papá se quedaba conmigo allá en la casa, me llevaba a patinar me hacía el almuerzo, me lavaba el uniforme. Después él comenzó a trabajar, de hecho él ya trabajaba en un colegio dando clases de matemáticas y de física. Mi papá siempre se ha encargado de todo en la casa, el arriendo, la comida, del estudio de nosotros. En los colegios no es que le paguen mal, obviamente pues le pagan millón, millón doscientos, pero el estudio de mi hermano, mi estudio, tiene unas deudas gigantes. Cuando lo de las pirámides se

endeudaron como con 20 millones, hipotecaron la casa de mi abuela y todavía la están pagando y siempre ha sido así.

Mis papás se casaron cuando yo tenía tres años. Yo tengo memoria desde los tres años de edad y no es precisamente con recuerdos bonitos. Es porque tengo una memoria muy buena, por eso lo he recordado y es como una película que pasa en mi mente, esa película del abuso. Cada lugar, cada cosa me recuerda. Resulta que yo siempre viví con el individuo, con el depredador al acecho. Por cuestiones de vivienda, él era el esposo de mi tía y hubo mucho tiempo en el que vivimos en la casa de ella y en la de mi abuela y el tipo subía, bajaba, me subía y me bajaba literalmente. Yo nunca dije nada, porque obviamente él me tenía amenazada, me decía que iba a destruir una familia, que iba a dejar a un niño sin papá y le iba a hacer daño a mi tía, porque yo era la mala.

A los 7 - 9 años yo no tenía ni idea, pero a los 13 años yo ya estaba muy consciente de lo que pasaba. Incluso no me dejaba tocar de ese tipo, si él llegaba yo me iba. Creo que es algo divino que yo siempre tuve ovarios poliquísticos, tal vez por eso nunca cuando este tipo abusaba de mí pasó algo malo, yo me hubiera vuelto loca. Mi abuela se dio cuenta y reunió a toda la familia para contarles. Lo curioso es que a medida de que a mí me pasaban estas cosas nunca me fue mal en el colegio, jamás, siempre ocupaba los primeros puestos y aparte de eso estudiaba en el conservatorio mi música.

Mi tía, ella es hermana de mi mamá, no sé si sabía o no, siempre dijo que no. Pero muchas veces ella estaba dormida y el tipo me sacaba de la cama y me hacía cosas y no entiendo como ella no se daba cuenta. Ahora que duermo con mi novio y paso toda la noche con él si él se levanta yo lo siento. Al principio ella estuvo conmigo siempre, pero de un tiempo para acá yo he sentido mucho rencor o envidia con mi mamá, porque mi mamá, a pesar de los problemas económicos y de todas las cosas que han pasado, tiene un esposo y dos hijos y es un núcleo que está ahí. Ella tiene un cartón, tiene plata, tiene apartamentos, tiene carros y está sola.

Mis tíos cuando están solos conmigo, a pesar de que han pasado casi 10 años, me preguntan por qué no hablé antes, dicen que lo hubieran cogido y lo hubieran matado. Mi tío trabajaba en la fiscalía, siempre anda armado y mi otro tío tiene mil *amigos*. La familia por parte de papá no sabe nada y nunca van a saber nada, porque mi papá es la persona más reservada. Él dice que es su familia y que nadie tiene que darse cuenta, no por pena, sino porque somos su familia y punto. El apoyo de mi mamá es, por ejemplo, de encerrar a ese tipo en la cárcel, esos son los apoyos de ella, cuando mi ex novio se metió con la otra pelada ella fue y la mechonió, yo no sé por qué hizo eso, pero ella es así.

Yo estudie música desde los 7 años. La música a mí me ha ayudado a mantenerme concentrada en eso y no quererme matar todo el tiempo. Me descuidé un poco con mi música porque empecé a conocer gente, fumé muy temprano, como a los 12 años. Ya

andaba sola cuando tenía 13 años, en realidad a los 12 años empecé a coger bus, antes siempre veían la forma en que alguien me llevara y alguien me trajera de las clases de música. Entonces mi mamá me metió en un colegio de monjas y todo era, según ella, que porque yo le quería llevar la contraria para hacerla sentir mal. Con ella tengo muchos problemas, las peleas que tenemos son horribles. Nunca estuvo de acuerdo con que yo me pintara o me pusiera una blusa negra, porque ya era un demonio completo y más toda la familia súper cristiana de parte de mi mamá, bueno cristianos no, pero sí muy religiosos.

A los 13 años empezaron a haber muchos problemas porque yo empecé a llegar tarde a la casa, empecé a vestirme de negro, a escuchar metal. Mis papás me pegaban bastante con la correa, bastante disciplina. En ese momento me daba mucha rabia, no los quería ver, los quería como muertos a todos. Ya después me di cuenta que la disciplina es necesaria. Cuando mi papá se dio cuenta que yo estaba tomando me pegó horrible, pero yo no dejé de tomar. Una sola vez que perdí la conciencia. Tenía como 15 años, me desmayé por tanto alcohol en la sangre, me intoxicqué y la laguna tan grande que tenía, eso influyó para que mis papás desconfiaran totalmente de mí.

Yo soy igualita a mi mamá, de mi papá no tengo nada, o la inteligencia. A mí me dicen que yo no soy hija de mi papá. A mi hermano lo adoran, lo adoran todas mis tías, mis tíos, mis abuelos. Yo también lo quiero, yo no fumo en mi casa por mi hermano, porque simplemente no creo que sea bueno para él. Yo pienso que si mis papas no pueden y yo puedo ayudar a mi hermano lo voy a hacer, eso a mí no me duele, es lo que quiero hacer.

Yo estudié todo mi colegio hasta noveno [grado] en Santa Dorotea, un colegio de monjas. Ahí estaba en el grupo Justicia y paz que se encargaba de hacer marchas sociales y de leer. Era un grupo de estudiantes dirigidos por un profesor de sociales que tenía esas ideas. Con ese grupo fuimos a ¿cómo se llama ese pueblo donde hubo una masacre en los 80' donde hay un monumento gigante en una montaña? Era una marcha pacífica, iba mucha gente, iban personas de ONG, de hecho cada año lo hacen. Allá tomé la decisión de salirme de ese colegio. Ahí mismo fui al [colegio] Santa Librada y pregunté qué había que llevar, busqué los papeles, me pasé yo sola. Yo no aguantaba más el régimen, era una cosa horrible que me pusieran una "S" porque no tenía el uniforme bien planchado cuando mi trabajo decía cosas importantes, entonces me cambié a Santa Librada fue lo mejor de mi vida.

En ese momento estaba lo de la Ley 30, lo del TLC que siempre ha estado, que estaban tratando de privatizar el SENA, que la Universidad del Valle, que la educación y todos esos movimientos. Y empiezo a leer que Marx, que todos esos movimientos y entonces uno comienza a llenarse de muchas ideologías. Pero también conocí a mucha gente que uno dice que no debe conocer, y Santa Librada en ese momento en el que yo entré era un colegio que se prestaba para tener acceso a muchas cosas sociales que estaban pasando. Y así fui a unas células guerrilleras, pero cuando me di cuenta no me

quedé y ese es un tema que no voy a hablar. Y mi mamá sí se daba cuenta que yo era parte de ese comité, entonces ella casi se muere.

Para mí Santa Librada es un lugar autónomo. Si uno no quiere ver clase es decisión de uno, los profesores son muy buenos, saben mucho, pero igual el que no quiere aprender no aprende, yo iba a todas las clases. Después de la borrachera mi papá me sacó del colegio y me metió a un colegio público que se llama Liceo Superior Femenino, al frente de las canchas [panamericanas]. Yo me enfrentaba a los profesores y le discutía a todos, el profesor de filosofía no sabía nada de filosofía y una amiga y yo que leíamos le discutíamos en clase y cuando los profesores se daban cuenta tomaban toda la represaría posible. En el primer periodo perdí todo y yo tenía los trabajos, los talleres y los exámenes ganados, pero perdía todas las materias. Pues yo no llevaba el uniforme que era y andaba con *converse* y me ponía la camiseta que no era con el uniforme de física, porque así es Santa Librada.

Saqué un muy buen ICFES de hecho mi puesto fue el número 10, todas mis notas estaban por encima de 80. Creo que me quedé en inglés, porque yo sí era malísima, no sabía ni el verbo *to be*. Como siempre he sido muy justiciera, pues obviamente por lo que me pasó, el Derecho me gustaba mucho y más que todo lo social. Mi mamá no quería que yo estudiara música. Ella piensa que yo me voy a morir de hambre. Pero no pensaba, porque en realidad ahora que estoy trabajando en una hora yo me hago lo que ella se hace en una jornada de trabajo. Ni mi papá quería que yo estudiara música, de hecho yo duré un año sin estudiar, apenas me gradué del colegio trabajé.

Entonces me presenté a Derecho en la [Universidad] del Cauca. Ahí es como en la [Universidad] Nacional, antes de presentarte en una carrera te hacen un examen general sobre todas las materias. No quedé. Yo le dije a mi papá que no me iba a ir otra vez para Popayán, que iba a hacer el examen en la Universidad del Valle, porque quería estudiar música, yo no sabía cómo iba a hacer, porque Derecho en una privada jamás. Ese semestre en Univalle se presentaron 400 personas en el auditorio 7, el primer colador, pasé como de décima, luego el segundo colador era un examen de lectura a primera vista, quedé en la lista de quinta, ahí sí es por puntaje, quedé de quinta y empecé en agosto.

Mi novio de esa época fue el que me pagó el *pin* para presentarme. Con él llevábamos como tres años. Era un poco más grande que yo. Nos íbamos a casar, íbamos a ir a Alemania, íbamos a hacer la Maestría. Él quería más o menos tenerme controlada. De hecho él era el que me compraba la ropa que a él le parecía adecuada para que yo fuera a la Universidad. Hasta me pagó unas terapias de mi garganta porque tenía muy afectado mi aparato vocal, por tanto alcohol y por tanto cigarrillo. Fue un año entero haciendo terapias vocales y en ese momento dije nunca más vuelvo a fumar, quiero cantar y él me apoyaba en eso, él también es músico.

Eso hace dos años y medio. Me terminó por una bobada, porque se metió a mi correo y encontró un mensaje que según él decía que yo lo había traicionado con mil hombres y yo me sentí muy mal, porque pues sí. Yo creí que íbamos a volver, pero no. Solamente fue como las ferias y las fiestas de diciembre y en enero subió una foto en *facebook* con otra pelada, dedicándole las mismas canciones que me dedicaba a mí y diciéndole mi princesa y yo ahí me volví loca. Me quería matar realmente, cogí un cuchillo y tenía todas las ganas del mundo de hacerme daño, pero no podía y no pude. Me dio una crisis nerviosa quede como en *shock*, entonces mi mamá me llevó a la clínica. La primera vez que me atendieron por psiquiatría fue por la EPS, entonces me metieron a [la clínica] Mente Sana, ahí estuve un mes, después estuve en [el servicio de] Hospital Día tres meses.

Cuando empezamos, el psiquiatra y yo, todo el proceso nos dimos cuenta que no era por mi novio. Mi dependencia no era a la persona, no al hombre como tal, no es que yo creyera que no existieran más hombres en el mundo, es que tenía una necesidad de ser amada, valorada. Entonces eso a mí me empezó a molestar, pero yo no era capaz de terminarle. Yo de alguna forma dejé que él tuviera derecho sobre mí. Cuando estaba hospitalizada lo busqué como un año entero, lo llamaba, le decía que lo amaba, una cosa muy loca, era horrible, yo lloraba todas las noches, toda la noche. Yo me di cuenta que en realidad era un problema de un trasfondo psicológico que nunca traté, porque fui víctima de abuso sexual. Yo no era capaz de decir nada y entonces mientras estaba con el psiquiatra empecé a hablar de todo esto. Era esa necesidad de ser amada, de que me amaran con respeto, de poder acceder a una sexualidad con amor, no de la otra forma.

Cada vez que me da el episodio de depresión es peor que la vez anterior, porque se me aumenta la ansiedad a todo, de tomar, de comer, de fumar, de que tengo muchas cosas por hacer y no hago nada. Me quedo mirando el techo como si estuviera perpleja de la situación. Puedo controlarlo un poco, pero no puedo controlarlo todo. Yo reconozco algunos síntomas, durante todo el abuso me daba constantemente. Yo recuerdo que había momentos en los que me encerraba a gritar, tenía 8 ó 9 años y gritaba 2 horas seguidas.

En octubre del año pasado fue la primera vez que fui al [Hospital] Psiquiátrico, de hecho fui sola. Cuando mi tía me contó que ese señor se había ganado una licitación en Univalle cancelé todas mis materias, dejé lo que era importante para mí y entré en una agonía total. Yo no sabía qué hacer, todo se me revolió. A mí me da mucha ira con el destino, a veces hasta con Dios, ganarse una licitación en Univalle y mis papás tan mal. Por ese tiempo yo estaba peleando con mi mamá y ella llegó en esa actitud conmigo y peleamos en frente de la psiquiatra. Yo no estuve recluida ahí, allá sólo me hicieron control. También inicié un proceso de psicología en la Universidad. El psicólogo que llevaba todo mi recorrido habló con la directora de la escuela, yo sé que él hizo todo un proceso. Ella me pidió solamente el expediente que dice que es verdad lo del abuso, no toda la historia. Fue rapidísimo, ni yo conozco al rector de la Universidad ni sé si fue el encargado, ni nada, pero le negaron la licitación. Supongo que es como cuando se dan

cuenta que si hay algún guerrillero o hay una cosa infiltrada en la Universidad, deben tomar la misma medida.

Seguí los dos procesos hasta que terminé el semestre. No volví al psiquiatra porque cuando uno se siente bien deja de tomar la medicina y deja de ir. Estuve medicada durante seis meses la vez que me hospitalizaron, luego me deje de tomar la droga. Cuando me atendieron en el hospital psiquiátrico me medicaron pero no me he tomado todo el medicamento. Cuando me desespero mucho lo tomo y no me sirve para nada, porque el medicamento al instante no me hace ningún efecto, es después de una semana que empiezo a sentir algo. Ahora estoy medicada porque mi novio no me contestó el celular el fin de semana, obviamente yo no tenía ni idea donde estaba y habíamos discutido. A mis papás no les parece algo importante, mi papa dice que esas son bobadas, que si yo me pongo así es porque yo quiero no porque me pase algo. En el primer episodio mi papá estuvo diciéndome que era normal, que me habían roto el corazón, que ellos iban a estar ahí conmigo. Pero no era que me estuvieran rompiendo el corazón, era más bien que todo había estallado dentro de mí.

El medicamento que no me tomé lo tengo en la casa y uso la dosis que siempre tomo cuando estoy así en crisis. Cuando me lo tomo me afecta la concentración. Porque como te baja tanto la serotonina quedás un poco perdido, como que todo en tu cabeza se vuelve súper lento y todo pasa en cámara lenta. Pero yo sé que esos son los primeros efectos del medicamento, es el efecto más inmediato. Después el cambio fue hasta del control, fue un control total, hasta dejé de comerme las uñas, de arrancarme las uñas. Tenía las uñas larguísimas, estaba adelgazando normalmente, no de 10 kilos en un mes, sino normal, eran como si tuviera control de todo. Pero tomar sertralina, mezclada con fluoxetina y con trazadona es un coctel que hace que no sientas nada en la cama, no sentís placer, podés sentir las pulsaciones a mil, estás lubricando, pero uno no siente ni placer, ni dolor, ni nada. Para mí eso es traumático, estar en la cama con alguien y no sentir nada es como estar muerta y por eso dejé de tomármelos. Ahí me di cuenta que esa es una de las cosas negativas de tomar la medicina.

Después de la primera hospitalización mi vida cambió mucho. En el Hospital Psiquiátrico me encontré a muchos compañeros de música, de hecho muchos músicos tienen unas enfermedades depresivas rarísimas. A veces creo que uno se hace una máscara. Yo no sé si de verdad uno sea esa persona fuerte y se vuelva débil en algún momento, o uno sea esa persona débil en la máscara del fuerte todo el tiempo. Porque desde que empecé a ir a las reuniones con los psiquiatras y esto, siento que se me ha vuelto más intenso ese comportamiento. De hecho nunca antes de estar en Mente Sana tomé medicamentos. Mi escape era gritar o tomar o fumar, pero nunca fueron medicamentos. Pero eso sí me hizo salir de mi depresión de una.

También cambió la visión de víctima que tenía de mí misma. Me di cuenta que era

una persona muy dependiente de sentirme amada y valorada extremadamente. Cuando estuve sola, un año y medio antes de estar con mi novio de ahora, fue horrible. Me dejé engordar como 20 ó 30 kilos, iba a la universidad y volvía como un ente. Es como que no estoy, mis proyectos y todo se quedan quietos, todo en mi cabeza se queda quieto, como que las neuronas dejan de hacer conexiones entre ellas y eso es lo que me asusta mucho. De hecho cuando no estoy con alguien es que he estado en terapia. Y lo chistoso es que yo conscientemente sé que eso no debería ser así. Yo he experimentado estar sola y esa soledad me da muy duro y es raro, porque yo conozco mucha gente y cuando estoy sola salgo con muchas personas.

Cuando me recuperé totalmente de la crisis volví con toda en el semestre y saqué los finales sobre 4, tengo mi promedio muy alto. Empecé a volverme a valorar y a bajar mucho de peso. Ahora estoy volviendo a estar otra vez gordita, pero bajé mucho de peso. Fue como un año completo que estuve sola. En ese año me dediqué a hacer ejercicio, me hice un tratamiento de unos masajes, que de hecho me lo pagó mi tía, es que ella se cuida mucho y hasta tiene cirugías. Todo el mundo me empezó a mirar más y eso me hizo generar una confianza absoluta. Así apareció mi novio y todo se llenó de colores otra vez.

Él es un niño rico, es un niño de papi y mami. Es muy chistoso porque mi ex novio también era un niño de buena familia, vivía por las quintas de Don Simón y ahora está en Alemania estudiando música. Mi novio también estudia música, desde los 15 años estuvo en el conservatorio y entró a hacer el plan pentagrama en la Universidad [del Valle] para entrar a Música. La casa de él es hermosa, es grandísima, queda por la [avenida] Cañasgordas tienen 3 empleados. La mamá es médica cirujana oncóloga pediatra y es una de las pocas doctoras especializadas en trasplante de médula ósea. Aquí en Cali sólo están ella y otro doctor. Y el papá es fundador de la Asociación de Ingenieros del Valle. Ellos conmigo son bastante clasistas. Al principio tuvimos muchos inconvenientes con mi novio porque yo no podía estar en ningún lugar con ellos, porque no era adecuado para la familia, incluso invitaban a su ex novia que estudia como en la Icesi. Pero puse a mi novio entre la espada y la pared, le dije que si quería estar conmigo tenía que darme el lugar que me merezco. Yo nunca entré en discusiones con su familia, pero él con los papás sí.

Mis papás jamás pensarían que yo me conseguí un *novio rico* y tampoco es así. Porque a mí no me gusta estar pidiéndole, yo no le pido cosas a él, yo trabajo, yo tengo mi dinero para ir a comer donde yo quiero. Con mi ex novio pasaba lo mismo su familia decía que yo era poca cosa para él. Y fue muy gracioso, porque después de mí la otra pelada con la que se metió vivía en el Vallado, uno no juzga por un estrato, pero si yo era una don nadie por vivir en la Pasoancho con 39, pobrecita la del Vallado. En la casa de mi novio tienen como 3 carros, uno para cada día del pico placa. Eso a mí me parece absurdo, yo creí que eso sólo pasaba en las películas. La hermana de mi novio era gordita, como yo, más gordita y la mamá, literalmente, le mandó a cortar el estómago, le mandó a hacer una manga gástrica. Pero fue la mamá, porque no podía tener una hija gorda. Y ahora está

haciendo una Maestría en Cine en California, eso es una cosa muy loca, ¿pagar 60 mil dólares para hacer cine? ¿Y aquí en Colombia cómo vas a hacer cine?

Soy consciente que en una relación sana que él otro tenga su *facebook* es cosa que a mí no me tiene porqué interesar. Si el otro quiere hablar con 20 viejas, es decisión de él, pero yo no quería que hablara con nadie y por eso los dos cerramos *facebook*. El problema es que es una herramienta para hacer los grupos de trabajo, para darnos cuenta de los conciertos, toda la información la mandan es ahí. Yo lo mantenía atacando y poniéndole problemas por las viejas a las que miraba, por las viejas a las que le hablaba. Hubo un momento en el que él se fue con su familia para San Andrés y yo estuve con otra persona. Él no sabe. Me sentí súper bien, era un *man* que me encantaba, pero después me sentí tan mal.

A mis papás al principio no les gustaba que él se quedara en mi casa, pero lo quieren bastante, lo aceptan muy bien porque dicen que él es muy noble conmigo. Y a veces me quedaba por temporadas en la casa de él. Es muy raro, con mi ex novio nunca dormí toda una noche. Con él es dormir juntos, levantarnos juntos, bañarnos juntos, hacer el desayuno, empezar a tocar guitarra, ver películas, ver series, volver a escuchar música y así. Pero ya no hablamos mucho y eso para mí es traumático porque soy una persona de hablar mucho y de debatir. Es raro, cuando no tengo novio salgo y voy a fiestas y eso, pero cuando tengo novio no, me encierro y sólo es esa persona y hago que él se encierre solamente en mí. Yo no hablo con nadie, luego yo soy la persona más ingrata del mundo, pero si llamo a mis amigos ellos están ahí.

Cuando estaba en plena crisis perdí canto, que es mi instrumento. De hecho por eso también fui al psiquiatra. Para pedir el opcional también tuve que demostrar que yo estaba mal psicológicamente. Cuando hice el examen mi profesora de canto sabía mi situación y aun así me dijo que lo único que yo transmitía era lástima y no me quiso preparar para el opcional. Eso me afectó muchísimo. Pasa algo y es que cuando usted tiene un profesor de canto tiene una técnica que no tiene otro. Pero yo busqué otra profesora, la mejor. Hicimos un esfuerzo gigante con mi papá, le pagamos quinientos mil [pesos], ella me preparó un mes, más lo que tuvimos que pagarle al pianista, tuvimos que hacer un préstamo. Ella no estuvo el día de mi presentación porque no es una profesora de la Universidad, es del Conservatorio y tuvieron muchos roces con la profesora de la Universidad, entonces me dijo que de pronto eso afectaba mi nota. Ella ahora está cantando en el teatro colón y tiene sólo 28 años. Que una Colombiana Caleña cante ahí y que te haya dado clases es wow. Y saqué el opcional en 4.

Los profesores de la Universidad tienen una mentalidad toda retrógrada piensan que entre más duro te den mejor te hacen, pero eso no es así. La profesora de canto te denigraba al punto de hacerte sentir una basura, decía que yo no tenía las agallas para estar aquí. La profesora de solfeo me dijo muchas veces que me cambiara de carrera, que

para esto no servía. Por eso tengo enmarcado mi último parcial. Yo no quiero tratar así a las personas, yo las quiero tratar bien, sin necesidad de ser esa diva. Hay mucha gente que me dice que yo tengo una voz impresionante, yo no me lo creo. Mi novio es uno de los que mantiene diciendo que soy una cantante brutal.

Cada vez que la gente me dice que no puedo, lo logro. Cuando me adelgacé horrible fue porque una prima me dijo que siempre iba a ser una bola. Fue ahí cuando me adelgacé tanto y me conseguí un novio rico. Y ella es una modelo de Top Class y no hace nada, es bien durita para estudiar, mantiene todo el día en el gimnasio y trata de estudiar y no puede, aparte no come, entonces es anoréxica y mantiene con sueño, toda cansada. Y yo digo que sí está flaca, pero nadie la quiere, no hace nada por ella misma, qué horror, prefiero ser una bolita que recogen en camioneta. Yo peleo por todo, es una necesidad de gritar, de querer tener la razón y es muy difícil, pero a veces lo logro.

Fumo cuando estoy ansiosa, cuando ya me tiembla la mano de la ansiedad y si no fumo, tomo. No es solo fumar, es como un ritual, es coger una botella de vino y una cajetilla de cigarrillos y poner Elis Regina y hacer eso dos o tres horas, si no es eso es coger una guitarra y tocar y tocar. Me llevo la guitarra para un parque y me quedo por allá, yo iba mucho a la Loma [de la Cruz], no escuchaba punk, pero iba y conocía mucha gente y en la gruta del conservatorio. Yo ando con zapatos rotos, jean rotos, camiseta rotas, ropa lo más ancha posible, despeinada, jamás me maquillo, ahora me peino para ir a dar clase, sino no lo haría, porque no me gusta que nadie me mire, no me gusta que cuando vaya por la calle algún tipo me mire. Mi novio dice que soy muy psico-rígida, porque soy ordenada al exceso, pero que no lo parezco. Esa es una de mis contradicciones. A mí me parece que estar subiendo y bajando de peso también es una contradicción conmigo. Que quiera ser cantante de ópera y que fume y tome cuando me da la depresión, es otra contradicción conmigo. Que quiera desarrollar un oído casi absoluto y estudie sólo dos horas al día.

Económicamente nunca le he pedido ayuda a nadie. Yo he trabajado desde noveno, trabajaba con cosas de música porque estaba en un grupo y cada toque me lo pagaban. Luego trabajé con mi tía en la tienda, le ayudaba a vender, le ayudaba a hacer un poco de cosas y me pagaba como \$40000 semanales. Luego, en el tiempo que no estuve estudiando, cuidé a mi abuelo por seis meses, me pagaban por hacerle el almuerzo, en ese tiempo aprendí a cocinar muy bien. Luego trabajé en la IPS por un semestre con niños con síndrome de Down, tenía que hacerles casi como musicoterapia. Ahora estoy trabajando en la academia [de música] de lleno. Conseguí ese trabajo porque vi un cartel en la Universidad. Pagan muy poquito la hora, pero en todas las academias pagan lo mismo, y a veces el estudiante no va y toca quedarse una hora ahí esperando al otro y para mí eso es mucho tiempo perdido.

Me gusta lo que hago, me entrego mucho. Cuando llega mi estudiante y me doy

cuenta que voy a enseñarle música a alguien me transformo. Para explicar una cosa chiquitica tengo que tener un conocimiento súper vasto en mi cabeza. A mí me tocan estudiantes desde los 7 años hasta los 50 y piola de años y tengo que estar pensando cómo le voy a hacer llegar la información. Eso es un reto para mí, lo que genera reto me gusta. Cuando el individuo de cualquier edad hace lo que yo le estoy diciendo y lo hace bien me digo: no vengo aquí por los \$10000, vengo es por esto, es muy gratificante. Eso es muy chévere, porque ninguno de mis profesores fue así conmigo, mis profesores de piano me pegaban con regla en las manos, eran muy sádicos. La profesora de canto era horrible, me hizo llorar.

No sé si sea una gran cantante, pero sí quiero ser una gran profesora de canto. Quiero formar voces y proyectar voces de una forma que nadie más lo ha hecho aquí en Cali, me gustaría trabajar aquí, en mi Universidad. En la Javeriana de Bogotá está Sara, ella es una soprano estadounidense. Una vez vino aquí a montar una ópera en el Conservatorio, esa señora es una pedagoga musical. No es lo mismo ser la estrella cantante de ópera que ser un buen profesor, se necesita ese carisma personal para decirte que hagas algo y que te funcione.

Si hago la Licenciatura, en un semestre más termino también todas las materias de Musicología y podría graduarme de licenciada y de musicóloga a la vez. Lo cual es muy bueno, porque para buscar maestría en musicología hay muchísimas y a parte de la pedagogía en instrumentos. En el resto del mundo los proyectos de investigación son los que mandan la parada en cualquier área y aquí en música se puede hacer mucha investigación. Colombia es un país obviamente pluricultural y hacer una investigación aquí da muchísimos resultados. Me veo con todo eso, pero primordialmente con mi cartón de Univalle, que mi papá nunca ha podido tener.

Dilemas amorosos - Historia de Beatriz

Yo vivía en la casa de mis abuelos maternos en [el barrio] Atanasio Girardot, ahí vivía mi abuela y mis tíos, que eran como mis hermanos, porque somos muy contemporáneos, y con mi primita. En esa habitación primerita dormía mi tío Germán, en las otras vivían los más chiquitos, en la otra vivía mi abuela con mi tío Pedro, mi tía Alicia y Luis, vivían los cuatro, era la habitación más grande. Y en una habitación al fondo yo dormía con mi mamá. No era el espacio que se peleara, a nadie le gustaba, es donde se guardan todos los chécheres. Mi mamá siempre estaba allí, era una relación muy cercana. A pesar que vivíamos allí yo siempre sentía que la responsable de mí era mi mamá, la que me daba mis cosas, la que me compraba mis cosas. Mi [abuelito] murió cuando yo tenía 8 años y todo el mundo dijo que yo lloraba y lloraba. Me imagino que era mi figura paterna porque mi papá por ninguna parte.

Mi abuela era muy machista, lo más grande para ellos, para los hombres. A ellos se les atendía, las mujeres teníamos que hacer oficio. Mis tíos tienen un conflicto entre ellos, peleas, y todo es en competitividad. Mi mamá y mi tío mayor, la pelea ahí era un poco la bondad del hijo preferido que partió la familia en dos. Un conflicto muy feo. En el barrio la casa de Suárez era la casa de los locos porque mantenían agarrados todo el tiempo. Pero también hay que decir que mi abuelo nos compraba muchos libros, entonces cuando alguien del barrio necesitaba de una tarea todo el mundo llegaba donde los Suárez, entonces éramos como los inteligentes del barrio.

Mi mamá se fue para Estados Unidos hace 25 años, cuando yo tenía 14 años, de hecho nos fuimos juntas. Yo me devolví porque todo el tiempo decía que quería devolverme y mi mamá me compró un tiquete, entonces decidí venirme. Fue muy dura la separación de mi mamá porque éramos muy unidas, una cosa como simbiótica. Yo lloraba todo el tiempo, una adolescencia de mucho llanto. Allá todo el mundo llega a ver qué encuentra y qué le sale. En ese tiempo que yo estuve ahí mi mamá no estaba trabajando, le ayudaba a Hernando, su pareja, pero ella estaba ahí siempre que yo llegaba. Ahorita ella se rebusca, a veces depende de lo que salga, se emplea en almacenes que venden muebles y otros días vende flores. Mi idea siempre fue que mi mamá se fue porque su pareja quería irse, entonces ella le ayudó. Ella no tenía el sueño americano ni nada de eso, se fue por estar con él. Esa era como mi percepción, pero mi tía me decía que ella quería algo diferente, que quería cambiar.

Mi papá, nunca estuve con él. Lo veía por ahí una vez al año. Tampoco le pasaba [dinero] a mi mamá de manera regular para mi sostenimiento, ni ayudaba para mi colegio, creo que mi mamá alguna vez lo demandó. Yo percibía a mi papá viviendo en un mejor barrio, tenía carro, yo sentía que estaba en una posición económica mejor que la de nosotros y que no tenía nada para mí. Me acuerdo que a veces llegaba muy tarde y mi mamá me levantaba y yo le decía que por qué tenía que levantarme a las 11[de la noche] para que recibiera a mi papá. Me acuerdo que él muchas veces decía que iba a ir y no llegaba. En la relación con mi padre un poco ahí es el conflicto de que él prometía y prometía y nunca cumplía. Me acuerdo que mi papá iba a visitarme los meses que jugaba el [equipo de fútbol] América, como una vez al año y como a la final del fútbol, a veces perdía el América y lo veía llorando. Luego se fue para México.

Muy joven salí de mi casa, de 21 años, cuando tuve a mi hijo. Durante todo mi embarazo me quedé en la casa de mis abuelos y cuando nació me fui a vivir con el papá de mi hijo. La decisión la tomé porque no quería que mi hijo creciera en esa casa, mucha pelea, mucho conflicto, mucho grito, todo el mundo terrible. Más que por que quisiera, por tener la familia y eso con él. Nos fuimos a vivir donde la mamá de él. Ahí vivía la mamá, él, yo, mi hijo y la pareja de ella. Compartíamos las cosas, el papá de mi hijo siempre estaba ahí, estuve poco tiempo ahí. Luego conocí al que iba a ser mi esposo.

Creo que el mundo de la universidad te marca. En la Universidad del Valle entré a estudiar Química. Cuando me estaba pasando a Psicología quedé en embarazo, en primer semestre. En esa época mi mamá me mandaba para pagar la universidad, pero no era que recibiera mucho dinero, siempre era muy medido. El papá de mi hijo me ayudaba con el bus y él asumía la comida y los gastos del niño, siempre él respondía por eso. Él no quería estudiar, yo lo veía que él estaba ahí como muy cómodo en su casa con su mamá, quería construir arriba en la casa de la mamá y de hecho lo hizo. Muy estático, sigue en el mismo trabajo y no se piensa otras cosas. Antes de irme allá yo no me veía con él y luego que estuve allá tampoco veía que se movilizaran cosas, a pesar que nos llevábamos muy bien, no peleábamos, nos cuidábamos ambos y eso.

La universidad le abre a uno la perspectiva y ahí como que nuestros mundos fueron cogiendo caminos diferentes. Uno conoce también mucha gente y en medio de todo eso conocí a alguien y me enamoré. Yo terminé con el papá de mi hijo, no fui capaz de decirle que me había enamorado, luego le dijeron, pero terminamos y yo arranque esta otra relación.

Me fui a vivir solita. Yo me acuerdo que antes de quedar en embarazo yo trabajaba en el Sándwich Cubano, y antes de todo eso hice como varios trabajos en un negocio, atendía, llevaba la contabilidad, coincidía pues cuando entre a la universidad. Luego fui mesera, luego trabaje en [la discoteca] Changó, pero después que yo quedé en embarazo ya no trabajé más. Busqué mucho tiempo trabajo que me sirviera para estar en la universidad y no encontraba. Me acuerdo que vendí tortas en la universidad y para pagar la universidad vendía tortas por fuera. Me hacía como un mínimo trabajando tres días a la semana dos horas. Ya después que entré a trabajar cuando me gradué en la universidad en el 2001, entre a Comfandi ya como psicóloga.

Entonces me fui a vivir sola. Un tío mío alquilaba habitaciones, tenía un apartamento grande y el traía médicos, los hospedaba cuando venían de intercambio. A mi hijo no podía llevármelo, así que me lo traía los fines de semana y entre semana estaba con el papá. Es que la tía del papá de mi hijo era la que me ayudaba con el niño. Él le pagaba para que lo cuidara mientras yo estaba en la universidad. Ella lo atendía más que la abuela. Fueron unos meses que mi hijo estuvo allá a cargo del papá, fue muy poquito. Cuando me lo llevé estaba entre semana conmigo y el fin de semana iba donde el papá.

Cuando me casé aún estaba estudiando. Me casé con un loco, para variar. Él creía que el mundo éramos él y yo, mi hijo y la familia. Él quiso muchísimo a mi hijo y siempre se ubicó como el padrastro, me ayudó muchísimo en organizarle normas y reglas y todo eso. En términos de la familia él me ayudo hartísimo, con el dinero, por ejemplo, lo que él ganaba era para todos, de hecho a veces él me pasaba la tarjeta y yo era la que manejaba la plata. Pero era muy demandante y cualquier otra cosa era un problema, o por las noches, quería que llegara a las 6 todos los días, estar ahí y eso me afectó muchísimo. Él

me saturaba. A él a veces le daban sus crisis, se hacía daño él mismo, él sentía que yo lo abandonaba, le daba como mucha angustia. La separación con él fue muy dura, él no quería irse y yo ya no aguantaba más. Él siempre me buscaba y estaba ahí. Yo no sé cómo al fin un día él dijo que listo que se iba. Se demoró como un año y medio decidiendo que se iba y de estar ahí buscándome, fue muy difícil. Luego él se ennovió, me imagino que eso le ayudó a separarse. Se ha casado como tres veces.

También yo que me puse mal. Tenía la opción de volver donde mis abuelos y dejar de pagar arriendo, habría sido mucho más fácil, pero yo nunca quise volver. Nosotros nos separamos en el 2005 y él me ayudó por ahí un año y luego me tocó a mí. De pronto a veces mi mamá o la pareja de mi mamá me mandaban algo. Cuando se te va acumulando y acumulando entonces ya tocaba pedir. Yo metí a mi hijo a un colegio que era muy costoso y hacíamos intercambio de servicios, entonces pagaba un poco menos. El papá de mi hijo nunca estuvo de acuerdo de meterlo ahí, entonces pagaba una parte pequeñita y yo pagaba la mayor cantidad. Era muy costoso para mis ingresos. Lo que pagaba él es lo del colegio y le compra ropa en diciembre, pero nunca me ha dado a mí para el médico, para la comida. Y luego yo no pude seguir allá, ya no pude más y me tocó cambiarlo de colegio que fue cuando pasó a quinto de primaria.

Yo vivía en una casa muy bonita. Seguí viviendo ahí mucho tiempo, entonces el sueldo no alcanzaba mucho. Pero la idea de volver no era y tampoco nunca quise bajarme de estrato. Lo pensé muchas veces, lo intenté y cuando iba a mirar los espacios no me sentía bien. Cuando fui y busqué algo más económico no encontré nada que me gustara, entonces decidí más bien subalquilar el cuarto, los espacios. Era un apartamento en Girasoles, en la [carrera] 80 con [calle] 14. Viví con mi amiga, la hermana y la hija de mi amiga. Mi hijo tenía como 12 años. Yo era la responsable y le subarrendaba a mi amiga, ella me pasaba su parte. Ellos eran de Pasto, entonces el papá les mandaba, mejor dicho se financiaba conmigo porque siempre me pagaba tarde y yo era la responsable de los servicios, la casa, la comida. A pesar que ellos también mercaban comíamos muchas veces juntos, la misma olla, el mismo menú. Ellas dormían en la habitación más grande que tenía baño.

En ese tiempo dije que me quería enamorar, quería encontrar un novio y apareció. Me metí en un rollo tenaz de mucha pasión de ambas partes. Ahora entiendo yo, una vaina ahí tenas del inconsciente, nada serio. Hasta que conocí al que ahora es mi esposo. Él estaba en un lío de separación también y no quería nada serio, sino compañía. Estuvimos mucho tiempo así, varios años acompañándonos, pero no había la idea de ser novios o un futuro juntos. Ahí fue cuando terminé con él y a los dos meses fue que me dio el episodio [depresivo] terrible. Me estaba replanteando mi vida amorosa, llevaba mucho tiempo con esta persona. De pronto sentirme sola con todo el gasto, toda la cosa. Yo tengo buenos amigos, muy cercanos pero no de contar con ellos muy frecuente. Con la amiga con la que vivíamos sí teníamos una relación muy cercana pues yo ya vivía con ella

hacía mucho tiempo, después de que me separé llegó ella y compartíamos como muchas cosas. Me ayudaba mucho, de hecho cuando yo llegaba ella ya había hecho comida, o a veces le ayudaba a mi hijo con las tareas y ese tipo de cosas.

Yo siempre he sido una persona muy depresiva, muy melancólica, pero en ese momento el asunto fue que me reventé en término laboral, tenía como tres trabajos. Sentía que no alcanzaba el dinero, entonces había que trabajar más y aun así no alcanzaba. Ese fue el detonante, entre más se trabaja todo sigue igual, ese asunto me reventó el sin sentido. Yo creo que eso fue en el 2008. Consulté al psiquiatra porque estaba muy mal no quería levantarme a trabajar, tenía muchas cosas, yo siempre he sido muy responsable, entonces perdí el respeto por eso. No quería pararme de la cama, tenía mucha desazón, tristeza, llanto, desánimo sobre todo mucho desánimo, desesperanza.

Me mandaron a tomarme la fluoxetina. Me sacó como del hoyo negro, pero pues el proceso de salir de todo el asunto me tomo bastantes años. Yo creo que me la tomé por ahí como tres meses, me ayudó como a salir del hueco, como cuando te metes al hueco, allá en esa otra parte del mundo, me ayudó como a salir de ahí, luego dejé de tomarlo, pero yo sentí que todavía tenía muchas cosas que resolver aún. Me lo tomé porque necesitaba terminar mi trabajo, necesitaba caerme de la cama, o sea como la urgencia, pero no era porque yo sintiera que me iba a ganar la depresión. De hecho creo que no volví tampoco donde el psiquiatra, además era el psiquiatra de la EPS, y allá si ya está mejor de la crisis te dicen chao.

La cosa es que yo estaba terminando proyectos y me incapacitaron unos días, pero muy poquito. Lo que yo hice fue tratar de como fuera entregar todo. Yo trabajaba en proyectos entonces uno cierra y ya y como quedó, quedó. El problema es que los proyectos lo contratan a uno por 9 meses de los doce del año, entonces los otros 3 meses tocaba vivir de las tarjetas de crédito mientras llegaba el sueldo. Entonces vuelva y pague tarjetas de crédito, terminaba trabajando para pagar las tarjetas de crédito, pagaba el arriendo y eso. Eran unos contratos así pequeños, creo que ese proyecto [que coordinaba] duro como año y algo, creo que eso lo reconstratan, no me acuerdo bien, pero esas reconstrataciones a veces se demoran.

Cuando pasa todo eso yo estoy en pleno episodio depresivo. También decidiendo sobre mi futuro, mi pareja y eso. Quería mi seguridad y mi tranquilidad emocional, porque con la otra persona con la que estaba también había la posibilidad de vivir juntos, sentía que lo amaba, pero tenía mucho lío interno, no le gustaba hablar y como era una vaina de tanta pasión en ocasiones la relación se tornaba inestable. Y con el que es mi esposo todo era más tranquilo, más seguro, como más fácil. Seguro en el sentido que yo puedo confiar en él, que vos sabes que el otro está ahí, que no hay altibajos, ni peleas, o discusiones o que voy a estar angustiada y luego voy a estar contenta.

Entonces esa fue una de las decisiones. Lo otro es que yo pasé por un momento difícil, que eso fue lo que más me movió. Me salió la citología mala, me salieron unas células del papiloma, eso es como un pre cáncer, entonces me hicieron un procedimiento. Yo nunca había estado en una situación de esas. De un hospital, de vulnerabilidad, de sentirla en el cuerpo, yo me quedé aterrada de que estuviera tan nerviosa en ese momento. El que estuvo ahí fue el que ahora es mi esposo y el otro ni siquiera se apareció, no sé si estábamos peleando, pero no estaba. Me acuerdo que yo en esa época me preguntaba por qué siempre tenía que elegir el camino más duro, hay caminos más fáciles, entonces así fue como decidí.

Esa persona que es mi esposo tenía una mayor estabilidad laboral, recibía un mejor sueldo, estaba en una mejor posición económica. El otro criterio es que mi hijo se llevaba mucho mejor con el que ahora es mi esposo que con la otra persona, yo sé que se sentía más cómodo, más tranquilo, yo siento que eso también fue importante. Yo he tenido amigos y tengo amigos muy cercanos pero yo no creo en los amigos, ni en mi familia, sólo mi tía es una que nos une a todos, ella también. Pero yo siento que siempre en mis parejas he puesto y pongo lo más grande lo más grueso.

Ahorita vivo con él y mi hijo. Vivíamos también con un sobrino de él, pero en esto momentico se fue para allá donde los papás de mi esposo, porque la mamá se fue para Estados Unidos y se quedó allá, entonces el papá se quedó solo y él se fue allá a acompañarlo.

Vivimos en un apartamento estrato 5, muy bonito, no es tan chiquito, es un apartamento más o menos grande. Él es el que asume casi todos los gastos de la casa, el paga la cuota del apartamento los servicios, él es el que paga el mercado, yo pongo como cositas. Estuve mucho tiempo sin trabajar. Tenemos un negocio juntos y yo lo administro. Ahora que yo empecé a trabajar él no me ha dicho que tengo pagar tal cosa, porque tengo muchas deudas, entonces estoy dedicada a pagar deudas.

Que aporte plata para mi hijo no, yo me encargo el colegio, su ropa, sus cosas y eso. El cuándo hay que decirle algo me lo dice a mí, en cambio mi ex esposo tenía relación directa con él. A pesar que se llevan muy bien, cuando hay cosas que decirle es a través de mí. Cuando ya tiene mucha rabia a veces se le sale así y le dice. Pero él no es que se meta ahí y de hecho sentí que ese es el lugar que me da con su hijo. Si me estoy metiendo mucho a él como que no le gusta. Entonces yo más bien guardo como la distancia.

A él no le gusta hacer nada del aseo, ni de la casa, ni la comida, ni la cocina y ni nada de eso. Él paga una señora que va dos veces a la semana a hacer aseo, lava, plancha, porque le gustan todas sus camisas bien planchadas. Y tengo que estar pendiente de que todo esté bien. Por la mañana hago el desayuno y por la noche hago la comida, estoy pendiente de las cosas de la casa. Ahora me encargo del cuidado.

Precariedad y familia - Historia de Olga

Tengo 48 años. [Vivo] con mi marido y mis hijas en Buenaventura en el barrio Eucarístico. Él esta solo ahora con las niñas. Nuestra casa es pequeña, tiene dos cuartos, uno para nosotros y otro para las niñas. Tiene agua y luz, pero teléfono no, [yo tengo] gas del que uno compra [en pipeta].

Yo estaba en quinto y estaba estudiando sexto pero no seguí. Uno deja de hacer eso que le digan que haga. Yo estudié de pequeñita, lo que pasa es que cuando mi mamá se dejó con mi papá yo me quedé acá [en Cali] con ella. No sé, no me entraba bien, el estudio no se me daba. Tenía 11 años. Trabajé con mi mamá, ella me llevaba para el trabajo, porque yo era la última [hija]. Ella me llevaba para mantenerme ahí, ya después le ayudaba. Cuando se fue a Cali ella cuidaba una niñita y trabajaba en la casa, se iba ella pero yo me quedaba en la casa. Ya de ahí no trabajó y dijo que nos fuéramos para la casa [a Buenaventura].

Mi mamá trabajaba también mucho con mi padre. De ahí se jubiló, porque mi papá era trabajador de una empresa. [Viví con mi papá] cuando estaba pequeña, [cuando estaba grande] no, porque ya ellos se habían dejado.

Tengo un [hermano] que murió aquí [en Cali], otro que está lejos y mi hermana. Ahora somos 3 no más, mi hermana, mi hermano y yo.

Mi mamá tiene su casa. Ella heredó una plata, como mi papá era jubilado, entonces con esa plata ella compró la casa, donde ella está viviendo, yo vivía ahí. Y después ya comencé a estudiar otra vez, estudiaba en la nocturna. Yo me quedaba en la casa y cuando ya tuve mis hijos estaba ahí. [Eso fue] cuando tenía 17 años. Quedé en embarazo cuando tenía un novio. Mi mamá se enojó. No me sacó, me quedé y ahí tuve a mi hijo. Mi mamá me daba la comida, todo del bebé. De ahí yo me dejé con el papá de mi hijo. Ya después tuve el otro [hijo] y como era joven no pensaba nada.

Tengo cinco hijos. Ahora el mayor está en Costa Rica. Trabaja en una peluquería. Él tiene su familia allá, ya tiene 30 [años] y tiene 3 hijos. El segundo trabaja aquí en Cali, también en una peluquería. Él estuvo aquí el domingo. El que sigue está en Buenaventura y las dos niñas con las que vivo. La pequeña va a cumplir 5 [años], va a la guardería a prekinder, cuando estaba estudiando no le cobraron nada porque es público. La niña grande está en noveno, donde ella estudia es sabatino, allá tampoco cobran.

Mis otros hijos ya están a parte. Mi marido no es el papá de mis otros hijos, sino de la niña pequeña que tengo. Con él no estoy casada, estoy así hace 12 años. Yo lo conocí

por medio de una hermana de él que era amiga mía. Yo lo miré, pero después él se dejó con la mujer. Cuando ya se dejaron fue que comenzó a molestarme. Cuando él empezó a molestarme yo estaba sola. Él trabaja en construcción, lo que le saliera, no le sale trabajo al día, pero da la comida, nunca falta la comida. Él tiene más hijos, tiene 2, con la niña 3. Los lleva a la casa, con la niña siempre ha vivido y el niño vivió con nosotros y después se vino para Cali.

Cuando ya tenía dos hijos me viene a trabajar a Cali. Vivía en casas y cuando ya me vine de nuevo empecé a trabajar en casas, al día, no interna. Yo no tenía a mi hijo que tiene 20 años. Vivía con mi hermano el que murió, allá por la octava en Marroquín. Mis hijos se quedaron en Buenaventura, estaban con mi mamá, el mayor no, vivía en Cali con la familia del papá. Estuve como dos años pero yendo y viniendo, yo iba a llevarles [dinero].

A mi segundo hijo lo tuve en el Chocó. Allá vivía con el papá de la niña y de él también. Cuando él encontró otra mujer me vine donde mi mamá. Ella me regañaba, me decía que no anduviera así viajando. A veces por desobediencia le pasan las cosas a uno.

Yo trabajo en casas. De pronto es que la lavada me hace daño, en todos los dedos me salían uñeros y mi mamá me decía que no lavara más porque me hacía daño, entonces el aseo y la comida no más. Voy un día a la semana. Como tenía mi hija que estudiaba entonces yo me quedaba todos los días en la casa para que no cuidara a su hermana pequeña, porque el día en que yo no la pudiera cuidar ella me ayudaba. Para que estudiara, para que ella pudiera salir a hacer sus tareas, que no tuviera que interrumpir sus tareas por el hecho de que yo no estuviera ahí en la casa.

[Con mi esposo] conversamos, de salir no. Él sale para donde su mamá. Yo le doy su espacio para que él vaya todos los días, él va siempre solo. A veces vamos los dos, por ejemplo en Navidad vamos donde su mamá y donde mi mamá. Estamos juntos todos. Uno ya se acostumbra al hombre, ya de tanto tiempo de vivir. Pero si uno no sintiera nada, no puede convivir con una persona.

Aquí [en el Hospital Psiquiátrico] ya tengo 8 o como 9 días. Me trajo mi hermana. Porque ella iba a la casa y de verme así me trajo aquí. Estaba mal, no comía, no dormía. Ya tenía tiempo de estar así. Estaba deprimida, debía un arrendo y yo solo pensaba cómo pagarlo y me fui deprimiendo. Yo la otra vez le colaboré a mi esposo con el arrendo, pero esta vez no pude, no tenía forma. Estábamos atrasados, no estábamos trabajando. Él me decía que confiara en Dios, que él solucionaba eso, que con la fe de Dios todo se solucionaba. Mi mamá la otra vez me ayudó, pero esta vez no podía y mis hermanos ya tienen su obligación. Tengo amigas, pero así como para contarle los problemas no. A todo el mundo le pasan cosas.

Ellos me llaman. Mi hijo viene, mi mamá estuvo el otro sábado. Mi mamá es una persona muy noble, ella me dice que no quiere que siga pagando arrendo, quiere que tenga mi casa.

Pues él no está en la casa ahora, está con la mamá y la niña. Mi otra hija está con mi mamá, No sé cómo hacen con todo, porque yo de eso no me doy cuenta. Tengo que salir de aquí para poder organizar bien y trabajar.

Yo no tomo ni baido, ya no. Antes sí, mi marido también pero le hacía daño. Yo le decía que no tomara porque le hacía daño. Él se enfermaba del azúcar y al tomar se recaía. A mi casi no me gusta salir. Sólo cuando voy para donde mi mamá o alguna diligencia, a pagar servicios, o una reunión, o una vuelta con algún papel. Pero para andar así no. No fui más cuando cogí marido. Últimamente ya no bailaba más, cuando tuve la hija, esta que tengo pequeña, hace muchos años que no salgo, desde antes de tener la niña. Después de 6 años [de vivir con él] fue que yo vine a tener la niña.

Me gusta aprender a hacer cosas, alguna actividad, así como hacer cursos y todo eso, cursos manuales. Antes hacía que las uñas, hice un curso de límpido, a hacer shampoo y a hacer el bálsamo, pero no lo ejercí, o sea no lo practiqué. Pues como eso es con apuntes y todo y el cuaderno se me perdió. Esos son cursos que hacen, la otra vez fue un directorio político.

Antes yo iba los domingos a los cultos. Iba con mi marido. A mi hija no le gusta ir. La pequeñita no porque no había nacido. Me salí, pero el marido mío sí iba. La mamá de él sí va. Él no va, o le da por ir, pero yo le digo que vaya.

Yo quiero venirme a Cali, pero él dice que para venirse tiene que tener uno un trabajo para tener los pasajes, el arrendo. En Buenaventura él tiene los que le dan trabajo y lo conocen que él es trabajador, pero acá uno es extraño. Cuando uno recién llega a una parte conseguir trabajo es muy difícil, eso dice él. Entonces estando allá en Buenaventura más rápido trabaja, los amigos le dicen cuando hay una obra. Acá todo es diferente porque acá todo es bus, en cambio allá caminaba. De allá lo llamaban mucho los amigos en cambio acá no conoce a nadie.

Yo sí le decía que me quería venir para acá a trabajar, para poder ayudarle. Él me dice que se queda y yo me vengo y que cuando ya nos cuadremos, en el sentido de que ya tengamos un lugar donde vivir, ya podemos vivir juntos. No es tanto lo fácil, porque todo trabajo es difícil, pero pagan más, 300 [mil pesos] en una casa que uno haga todo. Allá [en Buenaventura] no pagan mucho, 100, 150. Pero no se deja a mi mamá sola. Siempre he procurado vivir cerca de ella para no dejarla sola. Y todo por mi casita, pues a él le dieron un lote. De todas maneras la casa que él va a hacer es para la niña. Ella ahora está pequeña, para que cuando esté grande no pague arrendo.

Estos relatos dejan ver la subjetividad de las mujeres en las experiencias de vida de cada una. Es posible reconstruir, a partir de sus testimonios lo que ha significado ser diagnosticada como “paciente depresiva”. Sin embargo, debe tenerse presente que la representación que una persona puede tener de su condición de salud, y especialmente de *ser sano o no*, también está sujeta al cumplimiento de las funciones que la propia sociedad le atribuye (Villa, 2008). En este sentido, cada persona dispone de una imagen sesgada y limitada de su realidad interior y de su contexto social que, a modo de representación individual y/o colectiva, va imponiendo al individuo la aceptación de las significaciones que las etiquetas representan (Ídem).

De esta manera, se pueden apreciar en los discursos representaciones de sí mismas con una mirada victimizante que, de alguna manera, les permite justificar su sufrimiento a partir de las situaciones *dolorosas o difíciles* que han vivido a lo largo de sus vidas.

“Los símbolos aprendidos y recordados que recrean el imaginario colectivo actúan a modo de código implícito que, por un lado, etiqueta y, por otro, condiciona las libres adscripciones a una u otra categoría [norma/desviación], categorías planteadas de ese modo por el proceso de etiquetaje que, ya sea tácita o explícitamente, admitimos desde el momento en que actúan como referente” (Villa, 2008 p. 88).

Se puede intuir de esta manera que, tal como lo plantea Linares (2000), estas mujeres acceden a su condición de pacientes psiquiátricas desde un aprendizaje de exigencia y descalificación que les hace extremadamente sensibles a la valoración de los demás. De esta manera, les resulta más conveniente y respetable presentarse como enfermas orgánicas que ser vista como sujeto de *juegos relacionales* presididos por la carencia y la privación (Ídem).

Así, encontramos en sus discursos descripciones contradictorias sobre sí mismas, su familia y sus relaciones en general; se puede evidenciar en algunos momentos una distancia entre lo que creen que debe ser, lo que valoran y lo que hacen; un deseo constante por darle sentido a sus experiencias y a lo que sucede internamente con cada una en la narración de sus historias.

Es importante también precisar que las vivencias no tienen sentido en sí mismas; es la conciencia que se tiene de cada una lo que les da sentido. Las aprehensiones que no

ocurren en forma independiente, sino que atraen la atención del yo adquieren un mayor grado de definición, es decir, se tornan en experiencias claramente perpetuadas (Berger y Luckman, 1997).

Esto se puede evidenciar cuando cada una, en sus relatos, da un contexto circunstancial explicativo de sus *síntomas*, encuentran razones para su sufrimiento y le dan lugar a su experiencia con los psiquiatras y los fármacos. No obstante, no aparece la conciencia por parte de las mujeres de las exigencias sociales que les son impuestas, del sufrimiento que esto les genera y de los roles que asumen en cada momento de su vida (estudiante, pareja, madre), ni de los referentes familiares y sociales a partir de los cuales han ido construyendo su identidad como mujeres en cada uno de sus contextos.

En este capítulo fue posible conocer con cierto detalle la vida de las mujeres entrevistadas, sus experiencias y vicisitudes como seres que estructuran su individualidad a través y a partir de una serie de aprendizajes sociales significativos. En el siguiente capítulo se expondrán los elementos comunes o diferenciadores de estas historias, de manera que se puedan recrear algunos de los aspectos sociales que se hacen presentes en las trayectorias de vida de estas mujeres diagnosticadas con depresión.

Capítulo 3. Aproximación a las variables sociales presentes en las historias de vida de mujeres con depresión

En este capítulo se presenta una lectura inicial, pues la tarea no es fácil ni se agotaría en pocas lecturas de los testimonios, de las representaciones sociales que los testimonios permiten vislumbrar en las historias de vida de las mujeres participantes de este estudio. Se encuentran a continuación algunas de las categorías o determinantes sociales que se consideran pertinentes para la comprensión de la depresión en las mujeres. El desarrollo de los temas que estas categorías esbozan, se realiza con más detalle en el capítulo siguiente.

Se debe reconocer primero que cada narración puede ser considerada al mismo tiempo como un reflejo de la identidad personal y como exponente de su realidad social más amplia. Saltalamacchia retoma las palabras de Whoff para ilustrar cómo a través del lenguaje se puede rastrear la subjetividad de un individuo.

La legalidad de la lengua interviene, junto con otras leyes y lenguajes del mundo material, en la propia edificación de lo humano; siendo a la vez estructurante de la acción y estructurada por ella, en un permanente intercambio (Saltalamacchia, 1992, p. 43)

Así, el lenguaje y el mundo simbólico que se crea a partir de este son esenciales en el desarrollo de lo humano. En el mundo simbólico reposan las formas en la que los actores se representan sus relaciones con el mundo y las vías por las que llegaron a convencerse de que aquellas, y no otras, debían ser sus formas de acción. (Ídem.) Al tiempo, “cada individuo —todo él— es un testimonio de su sociedad, como testigo y narrador de la historia de una sociedad que le tocó en suerte conocer como espectador. En la narración del entrevistado (cuanto más desprevenida e inestructurada mejor) se pueden vislumbrar los rastros de esa sociabilidad que lo constituyó. (Ídem., p. 57)

De esta manera, en el interior de cada persona hay un orden que regula sus construcciones lingüísticas. Dicho orden estructura las conductas al menos por dos vías: fijando los límites de lo real perceptible y determinando las leyes que es necesario acatar para formar parte de esa realidad. (Ídem.) Sin embargo, lo que previamente no ha sido simbolizado simplemente no se ve, por esto la visión que tiene de la realidad siempre será una reproducción parcial y parcialmente ficticia, y esto vale tanto para las historias individuales como para las colectivas. (Ídem)

Así, los datos que tiene una persona para hacerse una representación de un objeto, una idea o de su contexto pueden ser, al mismo tiempo, insuficientes y desordenados; una persona nunca tendrá toda la información necesaria o existente acerca de un objeto social relevante (Moscovici, 1979). Sin embargo, el individuo está en capacidad de focalizar su mirada y precisar sus respuestas ante la presión social que le exige opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos, y esto es posible porque está implicado de manera directa en la interacción social, lo que afecta también los juicios y las opiniones (ídem). “Es razonable concluir que nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada (ídem, p. 49).

De esta forma, entre individuo y sociedad no hay ruptura, ni superposición, ni una relación unilateral de causa – efecto, sino una compleja “sustancia común”, de manera que un testimonio de vida puede entenderse como un testimonio de la sociabilidad que lo constituye, sabiendo que el ser humano varía en su constitución al ir variando el tipo de relaciones sociales en las que se socializa (Ídem.). Sin embargo, asegura Moscovici (1979), que “las identidades colectivas sólo se mantienen vigentes si sus componentes han llegado a internalizar un conjunto de representaciones, pautas de conducta y sentidos de legitimidad, con sus consecuentes premios y castigos” (p. 60).

En esta línea, Berger y Luckman (1997) plantean que las conciencias individuales internalizan los programas institucionales y éstos, a su vez, encauzan las acciones del individuo, no como algo ajeno a sí mismo, sino con sentido propio. Esto sucede primero en la socialización primaria, donde se sientan las bases para la formación de la identidad personal; después en la socialización secundaria, donde el individuo se acerca a los roles de la realidad social (adulta), principalmente, del mundo laboral.

Por esta razón, resulta pertinente y necesario para la comprensión de las variables sociales de la depresión identificar cuál es la representación del contexto y de las relaciones que las mujeres entrevistadas permiten evidenciar en sus relatos. Con este panorama se destacan a continuación algunos rasgos posibles de vislumbrar en los discursos de las mujeres entrevistadas, se destacan aquellos que aparecen como comunes entre ellas o diferenciadores de cada una, de manera que se pueda vislumbrar en la individualidad de cada una la estructura social que ha estado presente en la configuración de sí mismas.

El empleo y la generación de ingresos

El trabajo comienza desde muy temprano en la vida de las mujeres de estrato bajo y medio. La experiencia de Olga muestra que puede comenzar acompañando a sus madres a realizar los oficios en alguna casa o cuidando a sus hermanos y a su papá en la casa y está contrapuesto a sus horarios de estudio. Ella se vincula laboralmente en oficios varios y actividades técnicas sin requerir ningún nivel de formación formal. Olga es una de las mujeres que llega a Cali desde otros municipios y son contratadas en casas de familia como empleadas internas o por horas en el cuidado de niños, ancianos, personas con discapacidad o para hacer oficios varios. La diferencia con su lugar de origen, pues las acciones podían ser las mismas, es la retribución económica que reciben por la tarea y el aumento en las posibilidades de ser contratadas, principalmente como empleadas internas.

Para otras mujeres, como Lucía y Beatriz, que también comenzaron a trabajar desde temprana edad, la generación de ingresos comienza con actividades alternas y no sustitutas de su estudio, a diferencia de Olga. Las actividades que realizan como parte de su cotidianidad que empiezan a ser remuneradas son las que reportan como inicio de su actividad laboral. Así, el trabajo no es un asunto de necesidad para sobrevivir, en tanto viven con sus familias y sus gastos básicos como vivienda, educación, vestido, comida y transporte están siendo solventados en su mayoría por ellos. Así, en el caso de Lucía los ingresos recibidos le permitían acceder a servicios o bienes que sus padres no le darían, o porque no podían o porque no estaban de acuerdo. En el caso de Beatriz le permitió solventar su permanencia en la Universidad.

La economía familiar y personal está afectada por el tipo de contrataciones en las que no hay regularidad ni permanencia, esto se hace evidente en estratos bajo y medio. Los amigos o contactos se vuelven esenciales en la informalidad del empleo, pues estos son los que recomiendan y comunican las diferentes propuestas de trabajo. Esta informalidad afecta la dinámica familiar en tanto la economía inestable no permite la adquisición de bienes ni la proyección económica. Al respecto, Lucía menciona que sus papás siempre han tenido problemas de dinero y por esta razón aún no tienen casa propia. Además, la consecución de dinero para las necesidades básicas se convierte en una prioridad lo que genera ausencia de los padres en la casa.

Al respecto, se pudo ver en el capítulo 1 que el 58% del total de las mujeres de la muestra no participa del mercado laboral, porcentaje en el que se incluyen a *amas de*

casa, estudiantes y desempleadas, situación que se complejiza aún más con un 10% de las mujeres laboralmente activas como trabajadoras independientes.

Frente a esto, cuando se ingresa al mundo laboral profesional, es decir, después de terminar una carrera, el panorama es también, pues son varios los factores que afectan a mujeres que como Beatriz se ven enfrentadas a las cooperativas de trabajo y las ONG como una opción de vinculación laboral a través de contrataciones temporales, sin prestaciones sociales y de corta duración, que se convierten en opciones de fácil acceso, pero también de fácil terminación, lo que genera inestabilidad económica. Sin embargo, lo que sí varía es que el trabajo está referido no sólo a la generación de ingresos, sino que aparece también la aplicación de conocimientos, el prestigio y el interés en algún campo profesional.

Por otro lado, en la historia de Lucía se menciona cómo las empresas fachadas del narcotráfico aparecen como una opción laboral efectiva en las familias, pues mejora sustancialmente los ingresos familiares. Para Lucía, implicó además que su padre no trabajara y se encargara de su cuidado. Por otro lado, la historia de Lucía permite apreciar cómo la economía de la familia también se vio afectada de manera directa por las llamadas “pirámides”. Se generaba una promesa de mejoramiento económico a partir de un endeudamiento inicial muy alto, que como consecuencia derivó en hipotecas y créditos bancarios que terminan pagando en muchos años.

Asimismo, una opción para la generación de ingresos común que se puede apreciar en las historias de Olga y Beatriz es la posibilidad de vincularse con una persona del exterior, salir del país o desplazarse a ciudades grandes a buscar opciones de vida diferentes. Olga, por ejemplo, menciona que prefiere trabajar en Cali porque la remuneración es mejor que en Buenaventura, uno de sus hijos ya vive en Cali y otro de ellos está en Costa Rica. Lo mismo sucede con Beatriz, su mamá se fue a Estados Unidos y desde allá le enviaba dinero para su manutención y su papá se fue a trabajar México buscando mejores posibilidades económicas.

La historia de Olga permite ver que en algunos sectores populares se ofrecen de manera gratuita algunas capacitaciones y cursos no formales de corta duración, generalmente en el marco de los procesos electorales. Estas propuestas se ofrecen como una alternativa para generar ingresos, sin embargo, no son alternativas reales, pues se limita a la instrucción en la realización de determinado producto o acción y esto no está ligado a una propuesta de creación de negocio o de manejo de materiales y recursos, etc. Además, las posibilidades de replicar los conocimientos requieren competencias personales, que en el caso de Olga no es posible hacer de manera autónoma o sin contar

con la ayuda de otro.

De esta manera, los caso de Olga y Beatriz permiten vislumbrar que cuando se es madre, lo emocional está presente, pero no es lo que desencadena los síntomas, estos están referidos a la satisfacción de necesidades básicas de su familia y está estrechamente relacionada con la generación de ingresos y la escasa posibilidad del medio para conseguir trabajos bien remunerados o estables y permanentes. No se percibe por parte de las mujeres que el contexto les ofrezca los medios laborales para subsistir con la familia que tienen a cargo. En el caso de Olga a su pareja le pasa lo mismo frente a la inestabilidad laboral y la poca remuneración de la misma.

Por su parte, Andrea no tiene experiencia laboral y sus gastos son asumidos en su totalidad por su padre. Según lo menciona, ni ella ni su mamá tienen la necesidad de generar ingresos, pues no es necesario su aporte económico en la casa. Sin embargo, esta situación de protección por parte de su padre es al mismo tiempo una manera de ejercer control sobre ella y su mamá. De este modo, para Andrea tener empleo se convierte en una meta, un sueño que le abre la posibilidad para tener independencia familiar y poder tomar decisiones por sí misma sin la presión u obligatoriedad dada por su papá o su familia.

La familia y el contexto social

Asociado a la generación de ingresos y a las condiciones materiales en las que viven, se encuentra el establecimiento de metas de vida y proyecciones a futuro. La consecución de vivienda se convierte en un objetivo central para la familia. Una de las preocupaciones centrales es el lugar para vivir. Vivir en la casa de la familia de origen de la madre o del padre es una opción para el nuevo núcleo, otra opción es subarrendar o vivir más de una familia en el mismo lugar.

Aunque el deseo de tener casa es expresado por las cuatro mujeres, es significado de manera diferente por cada una de ellas. Para Olga poder construir su casa es poder liberar a sus hijas de pagar arriendo, mejorar sus condiciones de vida; Beatriz busca vivir en un lugar de mejor estrato en comparación con su familia de origen, subir de estrato; para Lucía es la posibilidad de que su núcleo familiar sea independiente y progrese y para Andrea tener su propio espacio y vivir separada de sus padres sería la oportunidad de ser independiente y poder ganar libertad.

El lugar donde viven y las condiciones materiales también afectan la manera en la que se establecen las relaciones, pues se marcan estereotipos o estándares donde se evidencian relaciones de poder o dominación. Estos se dan en las dinámicas de padres e hijos como en el caso de Andrea y Olga, o en el rol de pareja como les sucede a Beatriz y a Lucía. Mientras que para Andrea seguir dependiendo de sus padres es vivido como una limitación de su libertad, para Olga fue un aliciente estar cerca de su mamá y poder volver a ella cuando sus relaciones de pareja terminaban. Por su parte, Lucía establece relaciones de pareja en las que la situación económica de los dos es distinta y genera disonancia entre ellos, y para Beatriz su segundo esposo le permite tener la tranquilidad económica que no logró encontrar sola.

Cuando existe la posibilidad de tener varias propiedades usualmente el lugar de vivienda se desplaza a las afueras de la ciudad con acceso restringido, pues no hay servicio público hasta esos lugares. Los espacios son muy amplios y habitan pocas personas en estos. En estos contextos, casi exclusivos, las relaciones están marcadas por un predominio de la selectividad en el tipo de personas que se frecuenta o el tipo de vínculos que se establece. Esto lo manifiesta Lucía cuando comenta que la familia “rica” de su novio no la acepta y se tornan clasistas con ella y no con su ex novia que pertenece a su mismo “círculo social”. Es importante mencionar que si bien esta situación no se ve reflejada en las historias de vida de las mujeres entrevistadas, sí es mencionada como un referente social, como una posibilidad de vida, como una opción, aunque no sea vista como una opción para ellas.

Por otro lado, también se destaca de los testimonios la variedad en tipos de familia. En los discursos se referencian familias monoparentales, nucleares, reconstituidas y extensas. El cambio de un tipo de familia a otro tiene implicaciones tanto afectivas como económicas. Por ejemplo, las separaciones conyugales no sólo implican una desazón afectiva en la mujer, también implica convertirse en la jefe de hogar con condiciones económicas que muchas veces no permite continuar con el estilo de vida previo a su separación. Igualmente, las nuevas uniones o el regreso a la casa de los padres se asocian, además de los lazos afectivos, con posibilidades de generar mejores condiciones económicas y sociales para ellas y sus hijos, lo que disminuye la presión de generar ingresos para el hogar de manera exclusiva.

Como se pudo evidenciar en el capítulo 1, a menor estrato mayor cantidad de hijos, y generalmente, también aumenta el número de padres de estos. Esto se observó de manera reiterada en la revisión de historias clínicas. Un ejemplo de esta situación es la historia de Olga. Tiene 4 hijos con tres padres diferentes y la conformación de un núcleo familiar separado del materno está condicionado a la presencia del padre de al menos uno

de los hijos.

Los hijos no necesariamente viven con sus madres, en cuyo caso las abuelas y la familia extensa adquieren importancia en el cuidado de los niños. Las separaciones son comunes y generalmente debidas a situaciones de infidelidad o de violencia familiar. Tener una elación de conyugalidad no parece ser el común denominador de las mujeres que son diagnosticadas con depresión, pues tan solo el 23% reporta estar casada o en unión libre, en contraste con el 75% de que reporta estar soltera o separada/divorciada, tal como se observó en el capítulo 1.

Frente a la conformación de la familia, un elemento común en las cuatro historias, y en las historias clínicas revisadas, es que el núcleo familiar se establece teniendo como centro a la mujer, alrededor de ella están sus hijos y su pareja. Ella se convierte en el eje que conforma y sostiene a la familia. La permanencia de la mujer no sólo tiene un carácter emocional y afectivo en la familia, también puede estar determinada por factores económicos o de prestigio social. Estas madres se convierten en referentes del deber ser de una mujer frente a su familia, ideal que puede ir en contra de los deseos o proyectos de vida individual, aun así, es una característica que se aprecia y se destaca.

Esta puede ser una razón que explique el alto porcentaje de mujeres con hijos y un porcentaje significativo de mujeres cuya ocupación única o principal es ser ama de casa. Olga menciona cómo su familia se separó cuando ella fue hospitalizada, Lucía señala que su madre está en ventaja frente a su tía pues conserva a su esposo y a sus hijos, Andrea admira la capacidad para soportar la situación de maltrato, aunque no esté de acuerdo con ella, y Beatriz buscaba estar tranquila con su hijo y ocuparse del cuidado de su hogar.

Ellas constantemente están en comparación con estos modelos o esquemas para ir perfilando su propio ser. Por supuesto los referentes de cada una son limitadas de acuerdo con su contexto y sus experiencias de vida. Pero en todas existe una representación de movilidad social de una generación a otra, en términos de la búsqueda de una mejoría en las condiciones de vida para sí y para sus hijos. Olga refiere su interés por conseguir casa y por el estudio de sus hijas, mientras que Beatriz manifiesta buscar mejores condiciones económicas y sociales para que crezca su hijo. De igual manera, Lucía y Andrea refieren proyectos de vida en los que suplen las necesidades vividas con sus familias de origen.

El rol de hija también genera desasosiego, en tanto no se cumple con lo esperado por los padres. Este es un ejemplo de cómo los roles se contraponen y el desempeño adecuado o esperado de uno puede impedir o dificultar el cumplimiento de otro. Lucía,

por ejemplo, cuando comienza a tener un grupo de amigos por fuera del colegio, comienza a cambiar su estilo de vestir y de comportarse acorde con los “establecido” por el grupo, en este es aceptada, pero es desaprobada en su casa y esto trae como consecuencias la continuas discusiones con sus padres y el alejamiento con las dinámicas familiares. O por el contrario, justamente por cumplirlo se “sacrifica” la participación o el desempeño de otros roles. Esto se ve claramente en la historia de Andrea, ella menciona cómo sus papás la consideran como una buena hija, pero lo hace aceptando exigencias con las que ella no está de acuerdo y que siente que le causan sufrimiento, pues la alejan de los demás jóvenes, sin embargo, el lugar de poder de sus padres y el control que realizan con el dinero es demasiado fuerte como para controvertirlo, pues ella percibe que implicaría una sanción moral y económica que repercutiría también en la integridad física de su madre.

El colegio y la universidad

De acuerdo con los datos presentados en el capítulo I, sólo el 6% de las mujeres de la muestra poblacional tiene ningún nivel de escolaridad. Lo cual quiere decir que el 94% de las mujeres ha estado en contacto con las instituciones de educación desde temprana edad. Además recordemos que el 34% de las mujeres tiene estudios superiores, entre técnica y universitaria, es decir que su vivencia en este tipo de instituciones se extiende a casi la edad adulta.

Al respecto, un aspecto común que aparece en las historias de vida es el lugar de importancia que le otorgan a la escolaridad. Aunque Olga deserta del colegio a temprana edad y ubica el estudio en segundo plano (después de trabajar y de generar ingresos), lo pone como una prioridad en la crianza de sus hijas. Si bien su situación económica no le permite acceder a colegios privados e incluso los públicos, refiere hacer uso de las diferentes opciones de educación básica y preescolar que se ofrecen de manera gratuita para los niños, por ejemplo las guarderías o los colegios sabatinos.

Para Lucía, Andrea y Beatriz estudiar y avanzar en sus estudios es parte de su cotidianidad y de los logros que se quiere alcanzar, aun si se tiene hijos a temprana edad. La institución se escoge de acuerdo con criterios no sólo de accesibilidad, sino también de calidad, prestigio y orientación (religiosa, cultural, educativa). Además, la escolaridad se extiende al ingreso a la educación superior y este es visto como una posibilidad de tener movilidad social frente a su familia de origen, pues les permitirá tener mejores ingresos y una mejor posición social.

Un aspecto importante narrado en las historias de Lucía y de Andrea son sus vivencias en diferentes colegios y la manera como éstos influenciaron su forma de pensar. Las instituciones públicas aparecen como la entrada a diferentes experiencias sociales que van desde la identificación con ciertas ideologías hasta el consumo de diferentes sustancias y experiencias, las células guerrilleras son un ejemplo de esto. De manera similar, los colegios privados religiosos también aparecen en el contexto social con grupos de estudiantes interesados en temas sociales, al lado de las ONG realizan movilizaciones frente a las diferentes situaciones de violencia de la región. En este contexto los jóvenes comienzan a asumir posturas frente a las problemáticas del país. Sus reacciones frente a los diferentes grupos armados, por ejemplo, dependen del enfoque y particularidad el colegio. Andrea, por ejemplo, manifiesta que lo que más le gustaba de su colegio era la disciplina militar y lo que desde ahí, lo militar, se puede hacer por otros.

Frente al acceso a la educación superior se observa que la situación económica y los intereses sociales y familiares son factores terminantes en la escogencia de carrera e institución. Asimismo, se establece una relación directa entre la generación de ingresos y el nivel escolar. Lucía manifiesta que al escoger Música como carrera sus papás insistieron en que tendría problemas para obtener ingresos, pero ella no estuvo de acuerdo, lo cual le genera constantes desacuerdos con su mamá. Andrea menciona que su papá le insistió para que estudiara una carrera que le permitiera tener un trabajo que dé continuidad y mejore el negocio que él administra en este momento y que a futuro le permita tener estabilidad económica.

Sin embargo, esta representación se ve contrariada con los datos de la muestra poblacional en la que del 34% de las mujeres que tiene como nivel educativo técnico o universitario solo el 10% reporta estar vinculada a un empleo o ser trabajadora independiente. Igual porcentaje corresponde a las mujeres que reportan como nivel educativo primaria. También se observó que frente al desempleo el porcentaje es el mismo en todos los niveles, excepto en el universitario.

Al respecto, en los testimonios se puede ver cómo las opciones de ingreso a la educación superior aumentan en tanto mejoran las condiciones de vida. En estratos altos existe la posibilidad no sólo de realizar estudios superiores sino de hacerlo en universidades públicas o privadas dentro o fuera del país. Las opciones de estudio son diversas y la escogencia de las mismas no se determina a la posibilidad o no de generación de ingresos.

Por otro lado, el contexto escolar, especialmente el de la Universidad, es asumido como un lugar para la comparación social. Se observa cómo ellas hacen una medición de sí

mismas en contraste con lo esperado en este. Se acentúan las diferencias sociales, quienes estudian o no, en dónde lo hacen y qué carrera u opción escogieron. La imagen de sí mismas se ve confrontada con la imagen de lo normalizado o estandarizado. No sólo en apariencia física sino también en otros elementos como el saber de uno u otro tema, tener ciertas experiencias, estar en ciertos grupos, hacer ciertas cosas. Como si la Universidad fuera el primer momento en el que entran en la sociedad sin la protección del núcleo familiar, aunque para algunas no es la primera experiencia en roles más adultos, sí resulta diferente.

Las instituciones están organizadas por ciertas jerarquías o estereotipos. Esta jerarquía depende por supuesto del lugar social desde donde es vista. Mientras que para Lucía la Universidad pública es la mejor opción, para Beatriz puede ser la única opción posible de pagar. Esta misma universidad se convierte para Andrea en un lugar muy difícil de acceder pues su padre prefiere que se gradúe de una universidad privada y no se siente capaz de sortear la competencia académica que ahí se da. Y para muchos, acceder a esta universidad es imposible pues requiere un nivel de conocimiento a veces muy específico para aprobar los exámenes y pruebas técnicas y de conocimiento, que requieren una preparación previa.

En la Universidad también aparecen las relaciones de poder entre compañeros, entre profesores y de los profesores frente a sus estudiantes. Modelos, estereotipos y estándares de cómo ser estudiantes universitarios. El rol de estudiante es un rol que está en desventaja frente al rol del profesor. Estos tienen un control sobre lo que se enseña, la manera en la que lo hacen y la decisión frente a si aprueba o no. Ir en contra de este patrón ocasiona desaprobación social y señalamiento público, como en el caso de Lucía o temor y desconfianza personal, en el caso de Andrea. Entre pares las relaciones pueden significarse de maneras diferentes. En el caso de Andrea, sus compañeros son vistos como rivales y jueces que de manera constante la miran y critican, mientras que para Lucía sus compañeros de carrera son vividos como amigos, con los cuales comparte momentos importantes.

La pareja

Se evidencia, no sólo en las entrevistas, sino también en las historias clínicas revisadas, que las relaciones de pareja son una variable que afecta significativamente el bienestar de las mujeres. Fue común encontrar en las historias clínicas reportes de mujeres que manifestaban dificultades con su pareja o terminación de sus relaciones,

situaciones que desencadenaban crisis o sufrimiento.

De acuerdo con los datos de la caracterización, casi la mitad del total de mujeres de la muestra reporta tener pareja, sin ser identificada como una relación de conyugalidad. Tener o no pareja, en cualquier categoría (novio, compañero de convivencia, esposo, etc.), marca relaciones diferentes con los demás. Tener o no pareja les otorga un lugar social diferente como mujeres a la luz de otras personas y de sí mismas. Esto en el caso de las cuatro mujeres entrevistadas. Lucía menciona que es triste la situación de su tía que está separada y sola, Beatriz lo refiere para ella misma y señala que en sus parejas pone el mayor peso del apoyo y por eso no puede estar sola y Olga asume su independencia de su mamá sólo cuando tiene un compañero sentimental. Por su parte, Andrea se juzga a sí misma por no tener novio.

En las historias de vida se puede observar también que las relaciones de pareja marcan patrones de comportamiento de la mujer en los que ellas ceden al hombre¹² ciertos derechos sobre ellas a cambio de su presencia; presencia ligada a “cierta” dependencia afectiva, económica y/o social. Lucía menciona que ella se siente mucho mejor cuando no está sola, cuando tiene novio, y aunque reconoce que su bienestar no debería depender de tener o no pareja, no lo puede evitar. De manera muy similar, Beatriz menciona que su estado depresivo comienza cuando ella está definiendo su situación sentimental y tiene que decidir quién será su esposo. Para Andrea no tener pareja es una situación que la perturba y que la hace merecedora de un concepto poco favorable de ella misma.

Las experiencias conyugales son distintas si son madres cuando aún están en el colegio. Usualmente las separaciones con sus parejas se dan prontamente y se genera una relación de dependencia con la familia de origen de la mujer o del padre del hijo. También desde edades escolares ya son cabezas de familia y usualmente no hay un compañero permanente o el padre de sus hijos no está presente. En estos casos el apoyo de sus núcleos familiares es fundamental.

En las relaciones de pareja, y en general para todas las relaciones en el caso de Lucía y Andrea, se evidencia cómo las redes sociales forman parte importante de la dinámica de la misma, al punto en que esta se ve afectada por lo que sucede en la *red*. Este tipo de relación social menos “íntima” o privada también se observa en el establecimiento de relaciones alternas a su pareja. Las relaciones sexuales no son exclusividad de la relación, aun cuando este comportamiento sea juzgado o reprochado

¹² Para efectos de este estudio se consideran heterosexuales, pues las mujeres entrevistadas así lo reportaron

por ellas mismas. Lucía refiere que en sus relaciones de pareja pasó de estar con “varios hombres” además de su novio a sólo un hombre más en su relación actual. Beatriz menciona que cuando decidió casarse nuevamente tuvo que escoger entre las dos personas con las que salía. Andrea cuestiona el comportamiento de sus compañeras de colegio y de Universidad cuando están cerca de varios hombres al tiempo y menciona este comportamiento como típico en ellas.

Frente a los hombres, en las cuatro historias se evidencian recuerdos de su niñez o juventud en el que aparecen hombres violentos que las agreden o que no cumplen con sus roles de padre o esposo. El esposo de la tía que abusa sexualmente de Lucía, el padre de Andrea que maltrata contantemente a su madre y a ella, el padre ausente de Beatriz que la ignora y la abandona, y los padres de los hijos de Olga que se van con otras mujeres. Esto incide en la manera como ellas asumen sus roles y el tipo de roles que desempeñan. Lucía, en sus relaciones de pareja busca hombres que la amen y la “traten como una princesa” que su sexualidad sea respetada. Beatriz escoge a un esposo que le brinde seguridad económica y mejores condiciones materiales. Andrea prefiere evitar el matrimonio y la maternidad. Y Olga regresa a casa de su mamá cuando sus parejas se van.

La red de apoyo y los amigos

El apoyo se busca de manera selectiva en ciertas personas y para determinadas circunstancias. En algunos momentos se acude a los amigos, en otros a los padres o familia y casi siempre se acude a la pareja.

Los padres son percibidos como un claro apoyo en casi todas las circunstancias, y cuando no es así, es vivido con desazón. Sus padres, especialmente la madre, son percibidos como personas con las que pueden contar, pero es, al mismo tiempo, el referente al que buscan seguir o con el que buscan distanciarse, tomando otros modelos de mujeres para contrastarse o parecerse. Aparece entonces una contradicción entre los recursos de apoyo que estas pueden ofrecer y la imagen de mujer que ellas reflejan. Se puede ver, por ejemplo en Andrea, cuando plantea que no quiere ser como su mamá sino como su tía divorciada e independiente. O como Lucía cuando menciona que a su mamá no le gustó estudiar y por esa razón no tiene dinero y resalta a la mamá de su novio por sus estudios y tipo de empleo. Beatriz resalta el lugar de su tía al ser la persona que la apoya y mantiene reunida a la familia, al tiempo que muestra su desacuerdo con su mamá por vivir fuera del país. En Olga se puede ver como su mamá es un ejemplo a seguir y de hecho se desaprueba ella misma por no acatar sus consejos o recomendaciones.

El lugar de los hermanos en la familia es un elemento importante como referente de apoyo. Los hermanos mayores cumplen un papel de protección o de cuidado con sus hermanos menores, aun si los padres están presentes. Andrea siente que su hermana mayor la cuida y se preocupa por ella. Lucía se siente responsable por el cuidado de su hermano menor y por esta razón cuida su comportamiento delante de él y se proyecta ayudándolo a pagar su carrera universitaria.

De manera similar, la familia extensa aparece en ocasiones como red de apoyo, especialmente para la satisfacción de sus necesidades básicas. Así, no lo son para todos los casos en los que ellas requieren el apoyo, algunos pueden ser de apoyo en cuestiones de dinero, pero no afectivamente, o viceversa. El apoyo de familiares se manifiesta de diferentes maneras y ante ciertas circunstancias. Por ejemplo, en la historia de Lucía aparece la posibilidad de transgredir las órdenes legales y cambiar sentencias judiciales o la posibilidad de resolver conflictos con el homicidio.

El apoyo es sentido como tal cuando permite la satisfacción de la necesidad inmediata. Por ejemplo para Olga no son apoyo las palabras de su esposo cuando éste le dice que confíe en Dios porque todo se va a resolver, mientras que su mamá sí es vista como apoyo, aunque no pudiera ayudarla en ese momento, pero lo había hecho antes. Para Andrea es un gran apoyo que su primo la motive y presione para que vaya al gimnasio a mejorar su imagen, al igual que su hermana cuando le pregunta cómo se está. Para Lucía su ex novio fue un apoyo importante en su carrera como música, pues le ayudó a ingresar a la universidad y le pagó las terapias para sus cuerdas vocales, también su papá cuando le ayuda a pagar los gastos de su carrera. Y para Beatriz su esposo le permite disminuir sustancialmente sus preocupaciones por generar ingresos y ser jefe de hogar, al tiempo que estuvo con ella en un momento en el que se sentía vulnerable.

Aunque la ciudad de referencia para las cuatro mujeres entrevistadas es la misma, Cali es vivida de diferentes maneras por cada una. Los lugares que frecuentan son diferentes y las representaciones que se hacen de esta dependen de sus necesidades y de su contexto de vida. Para Olga Cali es una ciudad en la que puede encontrar mejores opciones laborales y alejamiento de su núcleo familiar. Para Andrea la ciudad ofrece alternativas de socialización a las que quisiera acceder pero que no logra hacerlo. Beatriz reconoce algunos lugares y estilos de vida que quiere para sí y para su hijo que le permiten mejorar su calidad de vida. Y Lucía demarca algunas prácticas y lugares como propios del grupo al que pertenece.

En general, buscan amigos con los cuales encajar, con perfiles parecidos, un grupo dentro del cual se puede resistir o compartir la norma, lo exigido y que no se es o no se

quiere ser. Los amigos parecen estar en un lugar más de distracción y socialización que como apoyo en momentos difíciles, sin embargo, si no se sienten parte del grupo aparece la sensación de soledad y de frustración. En la conformación de grupos aparecen los estereotipos y patrones de cómo actuar, cómo verse y qué hacer. Por esta razón, lo que se destaca en la relación con sus pares, que pueden ser amigos o no, es la posibilidad de formar parte de algo, de sentirse dentro de un grupo que acepta y comparte sus intereses, percepciones e inclinaciones. Estar en ciertos lugares o formar parte de un grupo está determinado también por una serie de conductas repetidas y legitimadas al interior del mismo. Cuando no se está dentro aparece el sufrimiento, como le sucede a Andrea que se siente fuera de lo exigido socialmente en su contexto universitario y con sus pares.

Como se pudo observar en el capítulo 1, un alto porcentaje de las mujeres diagnosticadas con depresión tiene condiciones económicas poco favorables y solo un bajo porcentaje reporta tener empleo o ser trabajadora independiente, a esto se suma el alto porcentaje de mujeres con hijos. Al respecto, el recorrido comparativo por las cuatro historias de vida permite identificar cómo este contexto socioeconómico ha incidido en el rumbo de vida de cada una, estableciendo posibilidades de acceso a bienes y servicios o negando estas posibilidades.

De esta manera, se puede ver cómo la situación de precariedad, esbozada tanto por los datos cuantitativos como por los testimonios de vida, es uno de los factores que afecta significativamente la afectividad y emocionalidad de las mujeres. Vemos cómo la subsistencia diaria dentro de la escasez de recursos y la falta de oportunidades para la generación de ingresos dificulta el cumplimiento de uno o varios roles asumidos al tiempo.

Esto se aprecia de manera más clara en las mujeres que son madres y mucho más en quienes son cabeza de familia, como el caso de Beatriz. El alto porcentaje de las mujeres con hijos y que fueron diagnosticadas con depresión se podría entender como una manifestación de impotencia ante la búsqueda por el bienestar de sí mismas y/o de su familia en un contexto que ofrece pocas o restringidas posibilidades de progreso económico, situación que no permite el cumplimiento del rol de madres protectoras (afectiva y económicamente).

A su vez, el lugar central de la mujer en la conformación y estabilidad de la familia es un elemento emergente en todas las historias y este rol o *tarea* social aparece como un

elemento a destacar en relación con la aparición del malestar. Las mujeres no solo son madres, sino que asumen de manera protagónica sus roles de hijas y hermanas. Esto lleva a una preocupación adicional al bienestar propio, el bienestar de su familia de origen. Es claro en las historias cómo en su sufrimiento reconocen la incapacidad de núcleo familiar para apoyarlas dadas las dificultades en las que se ellos mismos encuentran, dificultades o necesidades en todos los órdenes, no sólo económico.

Otro elemento igual de importante resulta ser su rol de pareja y el establecimiento de relaciones de conyugalidad, pues tener o no una relación pareciera darles un lugar social diferente, al tiempo que puede mejorar o desfavorecer sus condiciones de vida. Pero no sólo se trata de tenerla, pues vimos que un alto porcentaje de mujeres reporta tener pareja y al tiempo reportar bajo apoyo social. Las historias de Beatriz y Lucía parecieran mostrar que la estabilidad emocional de ellas se ve afectada por la manera en la que sus expectativas frente a lo que esperan de sus compañeros son o no cumplidas.

También se aprecia que las diferentes maneras de ser mujer y la manera como asumen los roles están influenciadas en gran medida por la escolaridad y, más puntualmente, por sus experiencias en las diferentes instituciones de educación, pues estas marcan un deber ser social con estándares a veces muy elevados o que están determinados por aspectos que las desconocen en sus particularidades. Lo mismo sucede con el rol de trabajadora y más aún con el de rol de jefe de hogar, en los que se establecen expectativas altas de desempeño en un medio que no provee las condiciones para asumirlos de esa manera.

Finalmente, se hace evidente que cuando no perciben red de apoyo ni las condiciones necesarias para afrontar los diferentes roles aparecen las manifestaciones denominadas como depresión. Un elemento coincidente en las cuatro historias es que en el momento en el que aparece el sufrimiento la representación que tienen de su realidad es de estar solas asumiendo sus responsabilidades. No perciben un apoyo claro para aquello que sienten que les sucede y, además, no logran responder como se espera con sus diferentes roles: madre, pareja, trabajadora, estudiante, jefe de hogar, y cumplir con todo lo que les exige su contexto.

De esta manera, la "enfermedad" o los síntomas por los cuales consultan empiezan a ser la respuesta ante estas dificultades cotidianas. Como si estas manifestaciones corporales y emocionales fueran un mecanismo para asegurar o sustituir el apoyo social. En este marco, los medicamentos se vivencian como una posibilidad de salirse del contexto, de no sentir, de no pensar, de no estar en esa situación, como una evasión, al menos momentánea, ante la exigencia y la impotencia.

Conocidas estas categorías es posible pasar a hacer una revisión conceptual que, desde las ciencias sociales, permita comprender cómo la depresión puede ser vista y entendida como un hecho social consecuente con el momento y lugar en donde emerge.

Capítulo 4. Lo social de la depresión

En el presente apartado se presenta una revisión de las categorías enunciadas en el capítulo anterior vistas a la luz de diferentes postulados conceptuales en el marco de las ciencias sociales. A lo largo del capítulo se presentarán cuatro apartados que buscan ofrecen elementos teóricos claves para la comprensión de la depresión: la estructura en la individualidad, la diferencia de poder entre hombres y mujeres, el poder institucional y la integración social.

La Estructura en la Individualidad

Para comenzar, es importante recordar que el sufrimiento expresado por las mujeres diagnosticadas con depresión es ubicado por los profesionales de la salud y por ellas mismas en el orden de lo privado, de lo intrasubjetivo. Si bien se reconoce la incidencia del medio en la construcción psíquica de las personas, su atención y manejo siempre se centra en el individuo, en su subjetividad. Sin embargo, tal como lo menciona Andrea, lo que sucede en el interior está afectado por la mirada exterior, llamada otros, instituciones o sociedad.

“Muchas veces consideré en suicidarme. Yo estaba en [grado] once, pero eran pastas como muy fuertes, entonces me arrepentí. Era llamar la atención, como pedir que me ayuden de una forma súper boba, pero lo hacía. Ahora lo pienso como una tentativa [para acabar] con todo este estrés que tengo. Vivir es muy exhausto. La muerte yo la veo como un descanso, aliviarse de todos esos problemas, de todas esas cosas, esos pensamientos feos que tiene uno de uno mismo, sería un descanso de todo eso” (Andrea).

La desconfianza e incertidumbre son circunstancias propias de las sociedades contemporáneas y están relacionadas con la transformación de las relaciones sociales. (Parales-Quenza, 2008). Tal como lo recrea Andrea en su testimonio, estas emociones permean las diferentes experiencias de vida en cada ciclo vital y determinan las respuestas individuales a su contexto, respuestas que pueden estar permeadas por el sufrimiento que generan. “El surgimiento de diferentes opciones de vida, así como el cambio cualitativo y cuantitativo en los vínculos que se construyen entre individuos, hacen que estos sean más propensos a vivir la angustia de la auto-determinación y el enfrentamiento solitario de circunstancias vitales” (Ídem. p. 665).

No se trata propiamente de un *no saber*, pues los individuos saben algo acerca del mundo, saben cómo comportarse en él, qué es lo que puede esperarse y, sobre todo, saben quiénes son (Berger y Luckman, 1997). Sin embargo, existe un “pluralismo

moderno” que quebranta ese conocimiento y esto hace que el mundo, la sociedad, la vida y la identidad personal sean cada vez más problematizados (Ídem). Lo que significaba ser mujer para su madre, hermanas, tías, etc., incluso lo que significaba para ellas mismas en la infancia y adolescencia se ha modificado. El contacto con instituciones diferentes a la familia, como la iglesia, el colegio, la universidad y las comunidades de vida en las que se vinculan abren el panorama de ser mujer y de las diferentes posibilidades de expresar y vivir su feminidad.

En la sociedad actual no hay una única forma de ser, “ninguna interpretación, [...] puede ser ya aceptada como única, verdadera e incuestionablemente adecuada” (ídem. p.80), y es precisamente una interpretación propia la que buscan las mujeres frente a su significado de vivir en una sociedad que ofrece patrones diversos y a veces contradictorios de aquello que se espera de ellas. Este “pluralismo” permite a los individuos tomar sus propias decisiones, o al menos pretender hacerlo, y esto no es tan fácil de sobrellevar. “Ya no podemos abstenernos de elegir: se ha vuelto imposible cerrar los ojos al hecho de que las decisiones que adoptamos podrían haber sido distintas” (Berger y Luckman, 1997 p. 87).

No es solo una respuesta consecuente con lo establecido en la estructura social, sino con un modo de ser y hacer que va más allá de lo objetivable, de lo práctico, de lo cotidiano, pero que al mismo tiempo se imprime en todo esto; como patrones que guían el deber ser de las cosas, como un *súper yo*¹³ capaz de juzgar cuando las cosas no están bien o se salen del *deber ser* arbitrario. “Las alternativas obligan a la gente a pensar, y el acto de pensar socava los cimientos de todas las versiones de un *viejo y añorado mundo*, esto es: el supuesto de su incuestionada existencia” (Berger y Luckman, 1997 p. 85). En este panorama, las decisiones se convierten en reafirmaciones de la existencia misma puesta en juego en cada circunstancia vital.

Así, se puede decir que para las mujeres la modernidad se presenta como la posibilidad de ingresar a sistemas sociales distintos y antes limitados al dominio de los hombres que les imponen cuestionamientos permanentes (su educación, el trabajo, tener hijos, estar solas, etc.). Si bien se presentan como opciones que se pueden rechazar, estos nuevos roles terminan convirtiéndose en estándares o requisitos en sus trayectorias de vida, como si fuesen una verdad o un camino necesario para el progreso y no como una opción. Al tiempo continúan asumiendo los roles tradicionales de ama de casa, esposa y

¹³ De acuerdo con Sigmund Freud, el *súper-yo* es la instancia psíquica que regula el comportamiento social de los seres humanos al permitir la introyección de las normas y la cultura. Para ampliar este concepto se puede remitir al texto *El Malestar en la Cultura* “conocemos dos orígenes del sentimiento de culpabilidad: uno es el miedo a la autoridad; el segundo, más reciente, es el temor al *súper-yo*”. (Freud, 1999 p. 53)

madre, aunque ya no lo hagan de la misma manera que sus predecesoras. Así lo manifiesta Andrea:

Mi papá nunca dejó a mi mamá trabajar. No le gustaba, quería mantenerla. Dice ella que le hubiera gustado trabajar, yo la entiendo, porque depender de alguien económicamente como que no. [...] Casarme no me llama la atención, porque primero quiero hacer muchas cosas por mí, y yo no sé si lo que yo quiera hacer lo pueda hacer estando atada a alguien. Sí me gustaría adoptar, darle la oportunidad a un niño que ya está y por X o Y motivo no lo quisieron, darle la oportunidad de tener un hogar (Andrea).

En este sentido, Durkheim (1992) afirmaba que existen cierto número de *nociones esenciales* que dominan toda la vida intelectual, a las que denomina *Categorías del entendimiento*, y que están más allá del deseo consciente. Estas corresponden a las propiedades más elementales de las cosas, son universales y necesarias y se aplican a todo lo real. Para este autor, estas categorías son representaciones esencialmente colectivas que dependen de la manera en que la sociedad está constituida y organizada, de su morfología y de sus instituciones, morales, académicas, económicas, etc. Estas categorías no sólo no dependen de los individuos sino que se les imponen, pues nacen como “producto de una inmensa cooperación que se extiende no sólo en el espacio, sino también en el tiempo, de largas series de generaciones que han acumulado allí su experiencia y su saber (Ídem.).

Ante esta delimitación social, la exigencia pareciera estar centrada en hacer consciencia de las decisiones tomadas, de reconocer qué tipo de mujer se es y de reconocer lo que no se desea, de hacer visibles las limitaciones y posibilidades, los recursos personales y sociales que se tienen en la construcción del sentido de ser mujer. Pero es justamente esto lo que genera el malestar, una individualidad que no puede ser separada de la estructura misma en la que se construyó. Esto, dado que existe en las individualidades una “conciencia colectiva” que hace parte del sujeto mismo y que permite ver las cosas en su esencia, en lo que permanece (Durkheim, 1992). Esta conciencia comunica a la inteligencia los patrones que se aplican a la totalidad de los seres y es esto lo que permite pensarlos (Ídem.).

Así, la acción del individuo está moldeada por la objetivación que obtiene del conjunto de conocimientos sociales transmitidos por las instituciones, a través de las presiones que estas ejercen para su acatamiento. Al respecto, Durkheim (1992) afirmaba que lo colectivo está más allá del individuo, que lo trasciende. Para él la sociedad funciona como un sistema de fuerzas actuantes, en donde la experiencia no se basta a sí misma, sino que supone condiciones que le son exteriores y anteriores.

“La interacción social influye sobre el comportamiento (o el pensamiento) de los individuos en ella, y es al tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que deberá haber entre sus miembros” (Moscovici, 1979 p. 69).

En este proceso, el “sentido objetivado” de ser mujer mantiene una constante interacción con el sentido constituido subjetivamente en interacción con otros y, al mismo tiempo, con sus proyectos individuales. “No obstante, el sentido también puede ser adscrito -incluso, podríamos decir, sobre todo a la estructura intersubjetiva de relaciones sociales dentro de la cual el individuo actúa y vive” (Berger y Luckman, 1997 p.41). De esta manera, las “reservas de sentido socialmente objetivado y procesado son «mantenidas» en depósitos históricos de sentido y *administradas* por las instituciones” (Ídem).

En este marco, los determinantes sociales de la conducta resultan eficaces en tanto permiten a cada sujeto organizar su individualidad. Esto comienza a partir de las primeras experiencias de vida de cada persona, a las que cada individuo les otorga un tono particular (Saltalamacchia, 1992). Reconocerse en un otro le permite al sujeto construir una imagen de sí mismo separado y diferenciado de su entorno. Por tanto, es en la mirada de los otros donde se articula e incorpora para el individuo su identidad, al tiempo que se instaura el vínculo social (Saltalamacchia, 1992). “Ese reconocerse, tanto en el espejo como en la mirada de los que lo rodean, será el paradigma de todos los *reconocimientos* mediante los cuales el sujeto jugará su ser en sociedad” (Ídem). Sin embargo, los referentes o modelos a seguir son muchos y diversos, de allí que la llamada *identidad* se aparte tanto de cualquier símil con la identidad matemática (Ídem).

De esta manera, la vivencia de unos u otros roles y la manera como son afrontados por cada una depende de los referentes sociales y familiares que ha construido a lo largo de su vida al estar en contacto con las distintas instituciones. Estos referentes entran en confrontación o afinidad con las exigencias del medio y la no coincidencia entre los modelos sociales, los roles familiares y la propia identidad puede generar una “crisis de sentido” que desencadena finalmente en un malestar o sufrimiento (Berger y Luckman, 1987).

Al respecto, Bourdieu (1984) plantea que las personas están dotadas de “un sistema de disposiciones durables y transferibles a nuevas situaciones; estructura estructurada predispuesta a actuar como estructura estructurante”. (Bourdieu, 1979 p.109). Este sistema o *habitus* hace referencia a un aprendizaje práctico que no es consciente ni intencional, que dota al sujeto de las habilidades y los valores necesarios para integrarse a un grupo, proporcionando la aptitud para moverse, actuar y orientarse en una posición o situación determinada (Ídem). Se adquiere a través de prácticas,

visiones y valores del espacio social en que se desenvuelven los sujetos; aprendizajes que fueron incorporados a través de la socialización (Sánchez, 2007).

De esta forma, Las personas sólo dejan actuar a su *habitus* para obedecer a la necesidad inmanente del contexto y satisfacer las exigencias en él establecidas. Esto sin la consciencia del sacrificio que implica un deber y sin buscar la maximización del beneficio. (Bourdieu, 1984). Así lo presenta Beatriz:

Me acuerdo que antes de quedar en embarazo yo trabajaba en el Sándwich Cubano, y antes de todo eso hice como varios trabajos en un negocio, atendía, llevaba la contabilidad, coincidía pues cuando entré a la universidad. Luego fui mesera, luego trabajé en [la discoteca] Changó, pero después que yo quedé en embarazo ya no trabajé más (Beatriz).

La diferencia de poder entre hombres y mujeres

En este contexto, ser mujer también implica ser percibida, ser vista por la mirada masculina o por una mirada habitada por las categorías masculinas (Bourdieu, 2000). Lo femenino y lo masculino hacen referencia a una *división* de los poderes, en donde se imponen límites y producciones de un *orden* al que todos deben atenerse, en el que cada uno ha de mantenerse en su lugar. (Bourdieu, 1984). Para una mujer, ser femenina equivale esencialmente a “evitar todas las propiedades y las prácticas que pueden funcionar como unos signos de virilidad, y decir de una mujer poderosa que es muy femenina sólo es una manera sutil de negarle el derecho a ese atributo claramente masculino que es el poder” (Ídem. p. 123).

Esta mirada reconoce que en la construcción y en la producción social del padecimiento están implícitas las diferencias de poder que existen entre mujeres y hombres (Ordorika, 2009). La manera como se articula socialmente la relación entre ambos grupos permite evidenciar las condiciones específicas que afectan la salud de cada uno, pues sólo estableciendo y caracterizando esta división de poderes es posible dar cuenta de las especificidades en torno a las categorías diagnósticas que se les adjudican a las mujeres y al tipo de padecimientos que sufren (Ídem, p. 259).

La diferencia de poder entre hombres y mujeres se pone en práctica sin necesidad de ser enunciada explícitamente, por ejemplo, cuando se elogia una obra de mujer porque es femenina o, al contrario, en absoluto femenina (Bourdieu, 2000). Esto se puede evidenciar en la cotidianidad de las relaciones de pareja, pues las mujeres le otorgan ese

lugar de privilegio al hombre, al punto de otorgarle el poder de “sanación”. Así lo manifiesta Lucía hace referencia a cómo escogió a su pareja:

Cuando pasa todo eso yo estoy en pleno episodio depresivo. También decidiendo sobre mi futuro, mi pareja y eso. Quería mi seguridad y mi tranquilidad emocional, porque con la otra persona con la que estaba también había la posibilidad de vivir juntos, sentía que lo amaba, pero tenía mucho lío interno, no le gustaba hablar y como era una vaina de tanta pasión en ocasiones la relación se tornaba inestable. Y con el que es mi esposo todo era más tranquilo, más seguro, como más fácil. Seguro en el sentido que yo puedo confiar en él, que vos sabes que el otro está ahí, que no hay altibajos, ni peleas, o discusiones o que voy a estar angustiada y luego voy a estar contenta (Beatriz).

Esta diferenciación no puede ser atribuible a la diferencia *biológica* entre los cuerpos masculino y femenino, y mucho menos, a la diferencia *anatómica* entre los órganos sexuales. (Bourdieu, 2000) Tampoco se trata de un poder que las mujeres deleguen a conciencia o por desconocimiento, sino a causa de unas inclinaciones modeladas por las estructuras de dominación que las producen (Ídem). Para que esta *dominación simbólica* se rompa es necesario un cambio radical de las condiciones sociales de producción de estas inclinaciones “que llevan a los dominados a adoptar sobre los dominadores y sobre ellos mismos un punto de vista idéntico al de los dominadores” (Ídem, p.58). Por tanto, se ejerce una violencia simbólica que se produce sin llegar al conocimiento y a la voluntad y que “confiere su poder hipnótico a todas sus manifestaciones, conminaciones, sugerencias, seducciones, amenazas, reproches, órdenes o llamamientos al orden” (Ídem).

Así, las mujeres se han visto enfrentadas a una lucha de poderes sociales en los cuales se les ha pedido que compitan con los hombres en el mercado laboral, la educación, las relaciones sociales e incluso en una esfera tan íntima como la emocionalidad. Por esta razón vemos mujeres asumiendo roles desde la negación o minimización de lo femenino y otorgando valor a las expresiones “masculinas”. Chesler, de acuerdo con Ordorika (2009), sostiene que las mujeres tienen una situación de doble desventaja frente a los hombres, “pues son calificadas como locas tanto si actúan en conformidad con su rol de género, aunque exagerando sus características, como si lo rompen” (p. 660).

Al mismo tiempo las mujeres son las encargadas de continuar con el legado de las familias, replicando estas relaciones desiguales y haciéndolas visibles en el cuidado y mantenimiento del capital simbólico del grupo doméstico, cuidando la apariencia de sus integrantes, la suya y la de su hogar (Bourdieu, 2000). Este legado no sólo lo entrega a cada uno de sus miembros al interior de la familia, sino también en el exterior, a través de

grupos benéficos o en asociaciones, como si ese tiempo no remunerado careciera de importancia y pudiera ser dado sin contrapartida (Ídem). Asegura Bourdieu que al ser visto como una acción inherente a la mujer, el tiempo maternal puede ser interrumpido con mayor facilidad que el tiempo empleado en acciones remuneradas.

Aparece entonces un malestar generado por la no posibilidad de cumplir con las “obligaciones” sociales que han asumido casi sin darse cuenta. Porque no se trata únicamente de reconocer ese lugar como mujeres dominadas, sumisas o encerradas en casa, sino justamente, buscar el cumplimiento de esos roles femeninos, además del desempeño de roles que han sido desarrollados tradicionalmente por los hombres y que desde el siglo pasado las mujeres han asumido como propios.

Una de las formas en las que se les atribuye esta “moral femenina” es a través del cuidado e imagen del cuerpo (Bourdieu, 2000). A partir del tipo de ropa y el cuidado esperado para cada una de sus partes (el cabello, las uñas, su cuerpo, etc.) se les impone un estándar en su hacer y en su ser de manera que la imagen se convierte en un factor presente en sus preocupaciones cotidianas. La posibilidad de modificar o adornar el cuerpo en las mujeres aparece en las dinámicas familiares de manera cotidiana y hace parte de la economía que la familia destina a estas prácticas.

Esto genera algunas contradicciones entre lo que son, lo que buscan ser y lo que se les pide que sean. La modificación del cuerpo o la apariencia de las mujeres ya no es sólo una opción, sino un patrón de acción de mujeres en diferentes edades y es una preocupación que está presente en todos los estratos. “Los principios opuestos de la identidad masculina y de la identidad femenina se codifican de ese modo bajo la forma de maneras permanentes de mantener el cuerpo y de comportarse, que son como la realización o, mejor dicho, la naturalización de una ética” (Ídem, p. 42).

La imagen de ser mujer, incluso cuando se enuncia en nombre de la liberación femenina, se hace en función de la mirada masculina (Bourdieu, 2000). El cuerpo femenino, que se ofrece y se niega al mismo tiempo, manifiesta la “disponibilidad simbólica” a la dominación que, según Bourdieu, conviene a la mujer, en la medida en que juega con una combinación de poder de atracción y seducción, aceptada tanto por hombres como mujeres, y “adecuada para honrar a los hombres, de los que depende o a los que está vinculada, y de un poder de rechazo selectivo que añade al efecto de *consumo ostentoso* el premio de la exclusividad (Ídem, p.45). Así lo muestra Lucía en su relato:

Cuando me adelgacé horrible fue porque una prima me dijo que siempre iba a ser

una bola. Fue ahí cuando me adelgacé tanto y me conseguí un novio rico. Y ella es una modelo de Top Class y no hace nada, es bien durita para estudiar, mantiene todo el día en el gimnasio y trata de estudiar y no puede, a parte no come, entonces es anoréxica y mantiene con sueño, toda cansada. Y yo digo que sí, está flaca, pero nadie la quiere, no hace nada por ella misma, qué horror, prefiero ser una bolita que recogen en camioneta (Lucía).

La relación con el propio cuerpo no se reduce entonces a una simple imagen del mismo, sino a la representación que cada una tiene de su cuerpo “objetivo” y de los efectos sociales de este, representación que se construye con la mirada de los otros desde que es niña y con los referentes de lo femenino a través de sus madres y demás mujeres.

“La estructura social está presente en la esencia de esta representación bajo la forma de los esquemas de percepción y de apreciación inscritos en el cuerpo de personas. Estos esquemas en los cuales un grupo deposita sus estructuras fundamentales se interponen desde el principio entre cualquier agente y su cuerpo porque las reacciones o las imágenes que su cuerpo suscita en los demás y su percepción personal de esas reacciones están construidas de acuerdo con esos esquemas” (Bourdieu, 2000 p. 84).

En este contexto, la llamada depresión aparece como un fenómeno social que resulta de los cambios personales que surgen a partir de los controles de una sociedad sobre sus individuos. (Foucault, 1973). Estos controles están mediados por los roles que la mujer se permite y espera asumir dentro de lo implícito establecido, de las imágenes de sí misma que comprenden estos roles y las consecuencias de estos sobre las personas a su alrededor. Es así como en la estructura social cobra gran importancia la manera en la que los individuos organizan sus relaciones y la significación que adquieren en relación con la totalidad de la que forman parte, lo que les permite organizar su experiencia presente (Saltalamacchia, 1992).

El poder institucional

Es justamente en este panorama de control externo al individuo, necesario para el buen funcionamiento de la estructura, en el que los especialistas en salud tienen un lugar privilegiado. Estos poseen un lugar de poder en tanto se les delega el rol de regulación de la normalidad, son la *ley* que determina quién es o no apto para responder de manera adecuada con los roles correspondientes en este orden social mayor. Control que se puede ejercer mediante fármacos, tratamientos terapéuticos o aislamiento. Ordorika (2009) asegura que es a través de las nociones de “padecimiento mental femenino” que

se ha ejercido control sobre los cuerpos y mentes de las mujeres, “utilizando métodos curativos, de orientación adaptativa y normópata, basados principalmente en la hospitalización y la prescripción de fármacos” (p. 660).

La *normalidad* aparece así como la expresión de exigencias colectivas definidas como un bien común en una sociedad histórica determinada y que son impuestas como exigencias cuando se intenta “normalizar” a un otro. De este modo, se destaca un orden ideal que el colectivo busca instaurar generalmente desde el rechazo o la “aversión del orden posible inverso” (Canguilhem, 1971).

Reconocer lo normal requiere reconocer previamente lo patológico, lo que rompe con dicha normalidad. Lo patológico, por lo tanto, es aquello que es definido colectivamente como negativo, peligroso, anormal, condenable y que amerita ser tratado, excluido, aislado, confinado, corregido, para que no afecte la normalidad de la sociedad que así lo cataloga (Tello, 2008).

Entonces, si se entiende la enfermedad mental como una etiqueta social utilizada para calificar de enfermo el comportamiento que se sale de lo esperado, se puede deducir que la finalidad de la misma es controlar a las personas que no cumplen con los estándares exigidos, que no permiten ese engranaje perfecto en un sistema de control social más amplio. En este contexto, y de acuerdo con la alta prevalencia de depresión en mujeres, la institución psiquiátrica ha sido un claro ejemplo de cómo se ejerce esta fuerza coercitiva, en este caso, con las mujeres, “etiquetándolas como enfermas más fácilmente que a los hombres, cuando éstas no cumplen con los roles que les son asignados” (Ordorika, 2009 p. 660)¹⁴.

De acuerdo con Foucault (1973), de manera particular el personal médico es una presencia física que “actúa como cláusula de disimetría absoluta en el orden regular” (p. 4), de esta manera se asegura el funcionamiento de la institución (en el caso de un Hospital psiquiátrico) o incluso de la sociedad misma, de acuerdo con las reglas establecidas. Por tanto, es en la presencia misma del personal médico que se perpetúa la “disimetría esencial del poder”. Estas reglas se instauran en una estructura institucional-social que crea una “disposición táctica [que] permite el ejercicio del poder” (Ídem., p. 8).

¹⁴ Si bien los datos de esta investigación no permiten corroborarlo, pues no se hizo un contraste con los hombres que consultaron y fueron diagnosticados con depresión, hay estudios como los de Ordorika (2009) que sí lo retoman. Realizar este contraste se abre como una posibilidad de estudio posterior.

Siguiendo a este autor, en instituciones destinadas al cuidado de lo *no normal*, se organiza un escenario en el que se deben tomar las precauciones necesarias para “dominar o vencer”, pues la fuerza del *paciente* que se sale de la estructura resulta ser un poder amenazante. Es en ese escenario reglamentado de un psiquiátrico que “el problema, antes de ser o, más bien, para poder ser el problema del conocimiento, de la verdad de la enfermedad y de su curación, debe ser un problema de victoria” (Foucault, 1973 p. 5) Por esta razón, el tratamiento o manejo que hace el personal médico está regido y es ajustado a este marco general de funcionamiento tácito y no necesariamente consciente.

El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc. no es nunca lo que alguien tiene, y tampoco lo que emana de alguien (Foucault, 1973 p. 5).

En las historias de vida se puede apreciar como las mujeres buscan darle un sentido diferente y particular a su sentir, a su cotidianidad, a sus condiciones de vida, sentido que se ve desfavorecido ante la estructura institucional que les impone un orden generalizado y termina convirtiendo su representación en sufrimiento. La medicación, y en especial la utilización de un mismo repertorio de fármacos, establece un deber ser de las personas diagnosticadas como *depresivas*, aun si esto no es vivido o experimentado como necesario, el paciente termina cediendo ante esta *ley* y se somete al poder general atribuyéndole a este un poder sanador. Lucía marca un antes y un después de los antidepresivos:

Mi escape era gritar o tomar o fumar, pero nunca fueron medicamentos. Pero eso sí, me hizo salir de mi depresión de una. [...] Ahora solo los tomo cuando estoy mal, como ahora (Lucía).

Por esta razón, resulta fundamental realizar una evaluación crítica permanente a los contenidos y prácticas en salud mental de manera que se pueda reconocer cómo impacta el orden social (muy masculino) sobre las diferentes concepciones, clasificaciones y ordenamientos médicos y psicológicos, sin reforzar la idea de deficiencia de los cuerpos y las mentes de las mujeres en comparación con los hombres (Ordorika, 2009). Solo de esta manera se podrán establecer criterios de abordaje y comprensión de las manifestaciones de sufrimiento de las mujeres sin considerarlas como síntomas de padecimiento mental y más allá del regreso a los roles y tareas tradicionales, teniendo en cuenta sus intereses y los aspectos sociales que las auxilian y las empoderan (Ídem.).

Sin embargo, no se puede caer en una visión victimizadora de las mujeres en las cuales no se reconozca su lugar como actor social. No se puede desconocer su capacidad para reflexionar y plantear posibilidades de elección y acción, aun reconociendo que sus márgenes de decisión son más limitados que los de los hombres. (Ordorika, 2009) Durkheim (1992) afirmaba que aunque la sociedad es universal con respecto al individuo, este no deja de ser también una individualidad, pues es un sujeto particular el que particulariza lo que piensa.

La Integración Social

Este autor otorgaba un papel fundamental en la aparición de sufrimiento individual al grado de desintegración de la sociedad en general. Señala que cuanto “más numerosos y fuertes son los estados colectivos, más fuertemente integrada está la comunidad y más virtud preservativa tiene, siendo esta fuerza colectiva la que mejor puede contener la ocurrencia de fenómenos como la depresión. De esta manera, cuando la sociedad está fuertemente integrada tiene a los individuos bajo su dependencia; la libre decisión del individuo se ve limitada y esto no les permite depender de sí mismos (Durkheim, 1992).

Esta coacción es justamente la que les impide oponerse o no cumplir, por muerte o enfermedad, a los deberes que tienen; este lazo que les une a un propósito común, les une a la vida, y les impide sentir tan intensamente los problemas o dificultades personales (Ídem). Si esta integración no está o no es percibida como tal por los individuos aparece el malestar o sufrimiento. Así lo manifiesta Andrea:

A veces me siento súper sola en mi casa, porque a mi hermana no le puedo contar nada, mi mamá me dice que ore o rece, que no le dé importancia, que sea fuerte y a mi papá no le puedo contar nada. Entonces uno no tiene a quien contarle sus problemas y uno empieza a pensar que nadie lo nota y quisiera que alguien note que necesito ayuda. Es una voz en tu cabeza diciéndote cosas muy feas de ti y una tristeza y una soledad que es muy feo. Es algo que te carcome (Andrea).

Este autor señalaba que lo clave en la consideración de los distintos escenarios a los que pertenece una persona, es el grado de integración que cada uno garantice a cada individuo dentro del colectivo (Durkheim, 1999) Así, la cohesión social que implica cada uno de estos, protege o expone a sus integrantes a la enfermedad mental. Lo que se puede ver en las historias de vida de Andrea, Lucía, Olga y Beatriz, es que justamente esta integración no es vivida como tal en ciertos momentos de sus vidas y es justamente en esta vivencia que aparecen las manifestaciones de su sufrimiento. De alguna manera es

como si se vivenciaran aisladas y sin posibilidad de integración, como si no fuese posible un anclaje con lo social, con un otro. Esto se evidencia también cuando los “síntomas” se modifican al encontrar nuevamente esa conexión con lo *externo*, con el *todo*.

Se espera que cuanto más numerosas y fuertes sean estas relaciones, (cierto número de creencias y de prácticas comunes a todos, tradicionales y, por tanto, obligatorias) más fuertemente integrada está la comunidad y más virtud preservativa tienen sus integrantes (Durkheim, 1995). De esta manera, si se tiene una menor vida en común la intensidad que alcanzan esas fuerzas, estados o sentimientos colectivos, que depende “del número de conciencias que los sienten en común”, no pueden ser lo suficientemente fuerte integradoras para el grupo (Durkheim, 1995).

A este fenómeno de desintegración social Durkheim lo denominó *anomia*. Con este se refiere a un fenómeno histórica y culturalmente específico, es decir, sus expresiones son particulares a contextos y refleja tensiones entre individuo y sociedad marcadas por la simultaneidad de dependencia y autonomía, deseos y limitaciones, libertad y seguridad. (Durkheim, 1995). Tal como lo manifiesta Olga:

Estaba deprimida, debía un [arriendo] y yo solo pensaba cómo pagarlo y me fui deprimiendo. Yo la otra vez le colaboré a mi esposo con el [arriendo], pero esta vez no pude, no tenía forma. Estábamos atrasados, no estábamos trabajando. Él me decía que confiara en Dios, que él solucionaba eso, que con la fe de Dios todo se solucionaba. Mi mamá la otra vez me ayudó, pero esta vez no podía y mis hermanos ya tienen su obligación. Tengo amigas, pero así como para contarle los problemas no. A todo el mundo le pasan cosas (Olga).

De esta manera, la anomia es un “problema moral” relacionado con el deterioro o rompimiento de lazos sociales y el decaimiento de la solidaridad, entre otras cuestiones, por las funciones económicas, la división del trabajo ligada a la modernidad y la industrialización.

El desarrollo de ciudades convierte los sistemas sociales homogéneos con relaciones basadas en parentesco en sistemas complejos heterogéneos, que demandan formas de vinculación social cualitativamente distintas a las previamente establecidas. Las formas de relación anteriores no desaparecen, sino que en el nuevo ámbito de interacción social, dejan de ser exclusivas y/o funcionales (Parales-Quenza, 2008 p. 660).

Es así como este concepto (anomia) cobra gran importancia en el análisis de la sociedad particular en la se registran tan altos índices de sufrimiento. En Colombia y en Latinoamérica, aumentan los índices de *sufrimiento* reportado en los estudios de salud

mental. El impacto de determinantes sociales sobre el estado de salud de la población, deberá, por tanto, reconocer las circunstancias socioeconómicas, exclusión, apoyo social y condiciones ambientales, como de hecho ya se hace en salud pública (Ídem).

De acuerdo con Merton (como se citó en Parrales-Queanza, 2008), la anomia correspondería al problema de la disponibilidad de medios institucionales para alcanzar metas definidas culturalmente; los primeros restringidos, las segundas generalizadas. Esto permitiría acercarse a las conexiones entre anomia y sentimientos de impotencia, desamparo y desesperanza (p. 659).

Visto de esta manera, puede entenderse cómo el abatimiento, la incertidumbre o la desesperación son el producto de circunstancias particulares en la relación entre el individuo y las condiciones que vida que la sociedad le provee. La *depresión* se puede entender de esta manera como una respuesta de los individuos a un contexto excluyente en el que las personas no pueden realizar aspiraciones determinadas culturalmente (Parrales-Queanza, 2008).

En este caso, la sociedad falla en configurar lo que Durkheim (1992) denominó funciones de integración y regulación. Como consecuencia aparece una fragmentación de las relaciones sociales, crisis de continuidad que erosionan la construcción de sentido y unos ambientes desprovistos de confianza pública (Parrales-Queanza, 2008 p. 660). Los conceptos de integración, cohesión social, capital social, entre otros, están todos relacionados con la función que cumplen las relaciones interpersonales en la salud. Al mismo tiempo la forma y disponibilidad de esas relaciones están determinados por factores estructurales incluyendo condiciones materiales y económicas (Ídem.).

Así, las relaciones sociales son más que vínculos instrumentales o medios de acceso a recursos y oportunidades; se trata también de un factor que protege a los individuos de los embates y las circunstancias difíciles propias de la existencia, de ahí la importancia que tienen las redes de apoyo social para la salud de individuos, grupos y comunidades.

Al entender la enfermedad mental como una etiqueta social utilizada para calificar de enfermo el comportamiento que se sale de lo esperado, es posible comprender las diferentes justificaciones y explicaciones que las mujeres de este estudio le otorgan a su

sufrimiento, así como las razones que encuentran para buscar ayuda psiquiátrica y farmacológica para poder continuar enfrentando su cotidianidad.

Vemos como la falta de dinero, el exceso de trabajo, la soledad vivida como abandono, las situaciones de violencia y abuso, todas circunstancias reales, son la *excusa* para evidenciar ante ellas y ante los demás que no cumplen con los estándares exigidos y que, por tanto, no permiten ese engranaje perfecto en un sistema de control social más amplio. Aparece entonces un malestar generado por la no posibilidad de cumplir con las “obligaciones” sociales que han asumido casi sin darse cuenta.

Este control social no es significado de manera consciente por parte de las mujeres, por el contrario, viven su sufrimiento como singular y privado, desconociendo las exigencias sociales que les son impuestas a través de los roles que asumen en cada momento de su vida (estudiante, pareja, madre, empleada) y los referentes familiares y sociales a partir de los cuales han ido construyendo su identidad como mujeres en cada uno de sus contextos. En el momento que aparece el sufrimiento la representación que tienen de su realidad es de estar solas asumiendo sus responsabilidades y no contar con los recursos para hacerlo. No perciben un apoyo claro para aquello que sienten que les sucede y esto les impide responder como esperaban con sus diferentes roles.

Además, el ser mujer, de acuerdo con sus representaciones, conlleva una preocupación adicional a la búsqueda por el bienestar propio, el bienestar de su familia de origen o de las personas cercanas a ellas. Es claro en las historias cómo en su sufrimiento reconocen la incapacidad de su núcleo familiar o sus amigos para apoyarlas, o su limitación para apoyarlos, dadas las dificultades en las que se encuentran, dificultades o necesidades en todos los órdenes, no sólo económico. Así, puede entenderse cómo el abatimiento, la incertidumbre o la desesperación son el producto de circunstancias particulares en las relaciones entre el individuo, los otros y las condiciones que la vida que la sociedad le provee.

Visto de esta manera, lo que genera el malestar es justamente la individualidad que no puede ser separada de la estructura misma en la que se construyó. En este contexto, las manifestaciones corporales y emocionales aparecen como un mecanismo para asegurar o sustituir su necesidad, con el cual obtienen, al menos momentáneamente, un no sentir, no pensar, no estar, que les permite un descanso ante una realidad que se percibe como amenazante.

Conclusión

A la luz de este trabajo de investigación, se elaboran a manera de conclusión unas aseveraciones acerca de la relación entre el ser mujer y la llamada depresión, evidentemente limitadas por las restricciones del propio estudio. Por tanto, resulta importante comenzar por señalar que las interpretaciones deben relativizarse a luz del limitado número de sujetos entrevistados, a la procedencia y estrato de los mismos y a la limitada información arrojada por las historias clínicas. También se debe mencionar que si bien el estudio de la salud mental está dado en gran medida por el análisis psicológico y psiquiátrico y se reconoce su importancia, la mirada o enfoque de ese estudio estuvo centrado en los aportes que la Sociología hace en la comprensión de este tipo de fenómenos sociales, dejando de lado el enfoque médico y terapéutico.

Con este marco, podemos ver que la enfermedad mental aparece en la escena social como una problemática que empieza a hacerse visible por el aumento en el número de muertes y por las semanas de incapacidad que genera. Así, la depresión comienza a vislumbrarse como una de las enfermedades mentales que aqueja a un alto porcentaje de la población colombiana y latinoamericana, prevalencia que va en aumento y afecta en mayor medida a las mujeres.

Este panorama pone en relieve la importancia de comprender la depresión como un hecho social que permita la discusión acerca de los factores que afectan la aparición de estas manifestaciones más allá del psiquismo. Por esta razón, el análisis de las condiciones materiales de las mujeres que han sido diagnosticadas con depresión y la manera como estas han sido puestas en juego en el desempeño de sus roles en los diferentes órdenes institucionales arroja insumos para la comprensión del papel que juega lo social (sociedad, estado, instituciones, orden médico, etc.) en la aparición de la misma, ampliando su comprensión como un padecimiento individual a una construcción social.

Uno de los aspectos a tener en cuenta en esta línea es el perfil de las mujeres con diagnóstico de depresión que permite insinuar este estudio. Las variables que más se destacan son: el alto porcentaje de mujeres con hijos, sin relación de conyugalidad, que no están activas en el mercado laboral, con bajo nivel educativo, situación que se ve desmejorada por el bajo apoyo social percibido por estas. Esto resulta relevante dado que este perfil sociodemográfico coincide con un amplio porcentaje de mujeres en Colombia.

Frente a esto, este estudio pone en evidencia que cuando no se tienen las condiciones materiales necesarias, ni se percibe una red de apoyo para afrontar los diferentes roles aparecen las manifestaciones denominadas como depresión. En este marco, los *síntomas* se presentan como respuestas a las situaciones cotidianas que no pueden ser sobrellevadas, siendo estos una alternativa para asegurar o sustituir el apoyo. Se convierten entonces en una respuesta ante la obligación y la impotencia.

Por otro lado, dado que no existe una única forma de ser y de asumir uno u otro rol, cada individuo debe construir su propio significado de vida ante un medio que ofrece patrones diversos del deber ser que muchas veces no permiten la coincidencia entre los modelos sociales, los roles familiares y la propia identidad. En este punto juegan un papel fundamental los diferentes procesos de socialización por los que pasa cada individuo. A partir de estos, cada persona va estableciendo los referentes, o sujetos de referencia, a partir de los cuales construirá su identidad. Por esta razón cobran gran importancia las generalidades del ser mujer que se van construyendo en la familia y en las distintas instituciones sociales. Las diferentes imágenes de lo ser mujer que aparecen a lo largo de la vida entran en disonancia o consonancia con el deseo de cada una y esto repercute en la manera como responden al mundo social.

Asimismo, los diferentes roles y maneras de responder a estos no sólo no dependen de los individuos en general, sino que le son impuestos a través de las representaciones colectivas. Visto de esta manera puede entenderse el abatimiento, la incertidumbre y la desesperación como un producto de circunstancias particulares en las relaciones entre el individuo y la sociedad, donde los individuos buscan dar respuesta a su contexto sin tener las garantías para hacerlo. Aparece así que la vivencia de los diferentes roles que asumen las mujeres y la manera como son afrontados por cada una entra en confrontación con las exigencias, recursos y dificultades que genera el medio.

Al respecto, se puede ver que las mujeres se han visto enfrentadas a asumir una serie de exigencias sociales en las cuales han buscado establecer una igualdad de condiciones con los hombres tanto en el mercado laboral, como en las relaciones sociales e incluso en la manera como significan sus emociones. Así, aparece la negación o minimización de lo femenino al asumir principalmente roles tradicionalmente masculinos, delegando los roles femeninos a otros o asumiéndolos de manera no deseada o esperada por ellas mismas. Aparece entonces un malestar generado por la no posibilidad de cumplir con las obligaciones sociales que han sumido sus antecesoras y que ellas, casi sin darse cuenta, han aceptado.

Frente a la vivencia de la mujer en los diferentes roles sociales, se destaca de manera especial el lugar que tiene en el establecimiento del orden familiar como un elemento que se relaciona con la aparición del sufrimiento. Se observa una constante búsqueda por mejorar las condiciones familiares, tanto económicas como emocionales, y esto incluye la conformación de la misma. De manera principal aparece su rol de pareja y el establecimiento de relaciones de conyugalidad como un factor que afecta su salud emocional. Tener o no una relación de pareja, bajo las condiciones que sea, pareciera darles un lugar social diferente para sí mismas, al tiempo que mejora o desfavorece sus condiciones de vida.

De esta forma, la exigencia social a la mujer aparece evidenciada en todas las prácticas cotidianas exigidas y replicadas por ellas mismas en esa construcción del sentido de ser mujer. Y es justamente esto lo que genera el malestar, una individualidad que no puede ser separada de la estructura misma en la que se ha ido construyendo. Un claro reflejo de esto es la relación que establecen con su propio cuerpo, pues no se reduce a una simple imagen del mismo, sino que resulta de la representaciones que tienen de este y de los efectos sociales que genera, representación que se construye con la mirada de los otros desde que es niña y con los referentes de lo femenino a través de su madre y demás mujeres en su medio.

Por tanto, es fundamental considerar también en la aparición de la depresión los distintos escenarios a los que pertenecen las mujeres, pues su manifestación puede depender también del grado de protección que cada uno garantice a cada individuo dentro del colectivo. Así, la baja cohesión social que implica cada escenario social expone a sus integrantes a la enfermedad mental en general. Lo que se puede ver en las historias de vida es que justamente esta cohesión no es percibida como tal en ciertos momentos de sus vidas y es justamente en esta vivencia que aparecen las manifestaciones de su sufrimiento. La experiencia de sentirse aisladas y sin posibilidad de integración, como si no fuese posible un anclaje con lo social, es manifestada a través de los llamados síntomas depresivos que se modifican al encontrar nuevamente esa conexión con lo externo, con el todo.

Finalmente, resulta claro que la subsistencia diaria en un contexto de escasos recursos y de falta de oportunidades para la generación de ingresos y de educación deberán tenerse en cuenta en el abordaje de padecimientos como la depresión y la mirada desde Salud Pública tendrá que extenderse hasta campos que trasciendan lo clínico privado. En este sentido, se considera importante desarrollar en futuras investigaciones la incidencia del rol jefe de hogar en la salud mental de las mujeres con diferentes condiciones socioeconómicas, destacando de qué manera afectan estas en la

afectividad y emocionalidad de las mujeres. En este marco, resulta igual de pertinente realizar estudios comparativos entre hombres y mujeres en las mismas condiciones, de manera que puedan establecerse generalidades o especificar particularidades en cada grupo social y de esta manera proponer alternativas de atención y abordaje de esta problemática.

En esta misma línea, es necesario seguir realizando investigaciones que desde las ciencias sociales muestren las limitaciones y sesgos de género que existen en los discursos, prácticas y sistemas de salud. Esta mirada permitirá reconocer que en la construcción y en la producción social de todo *padecimiento femenino* están implícitas las diferencias de poder que existen. Conocer cómo se articula socialmente la relación entre hombres y mujeres permitirá evidenciar las condiciones específicas que afectan la salud de cada uno, pues sólo estableciendo y caracterizando esta división de poderes es posible dar cuenta de las especificidades en torno a las categorías diagnósticas que se le adjudica a cada grupo.

Si bien los alcances de este estudio no permitieron el abordaje de las diferentes representaciones que el personal médico tiene sobre la salud mental, y específicamente sobre la depresión, que se empiezan a esbozar en las historias clínicas revisadas, resulta importante ampliar las representaciones que tienen y que afecta de manera directa el manejo y la relación que establece con sus *pacientes*. Un buen punto de partida podría ser definir los planteamientos y las prácticas médicas como conceptos desde las ciencias sociales, esto a la luz de la comprensión de aquello que se propone como *sano* o no *patológico*.

Por tanto, resulta fundamental evaluar de manera crítica los contenidos y prácticas en salud mental de manera que puedan establecerse formas de intervención que reconozcan el impacto del orden social sobre los cuerpos y las mentes de las personas. Establecer criterios de abordaje y comprensión de las manifestaciones de sufrimiento de las mujeres sin considerarlas necesariamente como síntomas de padecimiento mental y proponiendo alternativas que superen el cumplimiento de sus roles y tareas tradicionales, teniendo en cuenta sus intereses y los aspectos sociales que las favorecen y empoderan.

Referencias bibliográficas

- Alcaldía de Santiago de Cali - Secretaría de Salud. (2012). *Análisis de la situación de salud (ASIS) Municipio de Santiago de Cali* (Edición 2012). Recuperado de http://calisaludable.cali.gov.co/proyectos/Informes_Plan_Territorial_de_Salud_2012/asis_2011_final.pdf
- Arango-Dávila, C.A., Rojas, J.C., y Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 538-563. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000400006&script=sci_arttext
- Berger, P. y Luckman, T (1997). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno*, Paidós Ibérica S.A., Barcelona, España.
- Berger, P. y Luckman, T (2001). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Blanco, G. y Feldman, L. (2000). *Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora Salud Pública de México*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10642310>
- Bourdieu, P. (1984). Algunas propiedades de los campos. *Cuestiones de Sociología* Ediciones Istmo, S.A. Madrid, España. pp. 112-119
- Bourdieu, P (1990). *La 'Juventud' no es más que una palabra*. Sociología y Cultura, Editorial Grijalbo, México.
- Bourdieu, P. (2000). *La Dominación Masculina*. Editorial Anagrama, S.A. Barcelona, España.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo Normal y lo Patológico*, Siglo Veintiuno Editores, México.
- Casullo, María Martina. (2004). *Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos*. Psicología y Ciencia Social, 49-57.
- Chinchilla, A. (1997). *Tratamiento de las depresiones*. Mason, S.A. Barcelona, España.

Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 43-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78523105.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2013). Comportamiento del mercado laboral por sexo, total nacional, trimestre Julio - Septiembre de 2013. Recuperado de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_genero/bol_sex_o_jul_sep13.pdf

Douglas, M. (1996) *Como Piensan las Instituciones*. Alianza Editorial, Madrid.

Durkheim, E. (1995). *El Suicidio*. Ediciones Akal, S.A. Madrid, España.

Durkheim, E. (1992). *Las Formas Elementales de la Vida Religiosa*. Ediciones Akal, S.A. Madrid, España.

Durkheim, E. (1999). *Las Reglas del Método Sociológico*. Ediciones Folio. Navarra.

Freud, S. (1999). *El Malestar en la Cultura*. Alianza Editores. Madrid, España.

Foucault, M. (1973). *El poder psiquiátrico*. Curso en el Collège de France (1973-1974) Clase del 7 de noviembre de 1973. [En línea] Disponible: <http://www.con-versiones.com/nota0483.htm>. [Consultado 21 junio de 2009].

Foucault, M. (1982). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI. Madrid, España.

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D. Gil, J. A., Rondón, M., y Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004001200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Granados Cosme, José Arturo Ortiz Hernández, Luis. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, febrero, 42-50.

Guerrero, R. (abril de 2012). Proyecto de acuerdo por medio del cual se adopta el plan de desarrollo 2012-2015 del Municipio de Santiago de Cali. Santiago de Cali. Recuperado de

<http://calicomovamos.org.co/calicomovamos/files/4%20PDM/2012-2015/Proyecto%20de%20Acuerdo%20PDM%202012-2015.pdf>

Guerrero, R. (2013). Cali en Cifras 2011. Departamento Administrativo de Planeación. Alcaldía de Santiago de Cali. Santiago de Cali.

Jodelet, D. (1986) La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría, en Serge Moscovici, *Psicología Social, II*, Ediciones Paidós, Barcelona, pp.469-494.

Linares, J. L. (2000). Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. España.

Matud, M.P., Guerrero, K., y Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760101.pdf>

Mills, C. Wright y Gerth, Hans H. (1971). Carácter y estructura social. Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Recuperado de http://saludpublicamentaltatianaalvarezmarin.bligoo.com.co/media/users/8/411831/files/30173/ENSM_completo.pdf

Ministerio de Protección Social de la República de Colombia. (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: INFORME PRELIMINAR. Estudio Nacional de Salud Mental*, Colombia.

Moscovici, S. (1979) *El Psicoanálisis, su Imagen y su público*. Editorial Huemul, Argentina

Moore y Jefferson (2005). Manual de Psiquiatría Médica. Elsevier. España. Recuperado de <http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/95322Ley100.pdf>

Oliveira, Orlandina de Ariza, Marina. (1999). Trabajo, familia y condición femenina: una revisión de las principales perspectivas de análisis. *Papeles de Población*, abril-junio, 89 - 127.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, España.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2001). La salud mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del nuevo milenio. 35ª Sesión del Subcomité del Comité ejecutivo de planificación y programación. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000918.htm>

Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10). Volumen 1 publicación científica Nº 554.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la salud del mundo. *Capítulo 1: Salud Mundial: retos actuales*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>

Parales-Quenza, C. (2008) Anomia y Salud Mental Pública. *Revista de Salud Pública*, 10 (4):658-666. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a16.pdf>

Pérez, J. y Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de Psicología*, 13(2), 155-161. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/30961/30131>

Ponce, L. (2012). *La construcción del "deber ser" femenino a través de las imágenes de consumo impresas en Morelia Michoacán (1940-1964)* (tesis de pregrado). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán, México.

Posada, J.A. (2003). Introducción. La salud mental en Colombia y la ley 100 de 1993: Oportunidades y amenazas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXII (1), 6S-12S. Recuperado de <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/colombia.pdf>

Posada, J.A. (2013). Editorial. La salud mental en Colombia. *Revista Biomédica del Instituto Nacional de Salud*, 33(4), 497-498. Recuperado de <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2214/2242>

Prieto, A. (2002). Salud mental: situación y tendencias. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 74-88.

- Parales-Quenza, C. (2008). Anomia y Salud Mental Pública. *Revista de Salud Pública* 10(4), 658–666. Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a16.pdf>
- Sánchez, E. (2003). Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología. *Cuadernos de trabajo social*, 16, 49-71. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0303110049A/7634>
- Uribe-Rodríguez, A.F., Martínez-Rodríguez J.M., y López-Romero, K.A. (2012). Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al "Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario" en Bucaramanga, Colombia. *Criminalidad*, 54(2), 47-60. Recuperado de http://oasportal.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol54_2/05depresion.html
- Valles, M. (2002). Entrevistas Cualitativas, cap. 2, 3 y 5. Editorial CIS. Madrid, España
- Villa, M. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. Boletín de Psicología, No. 94, p. 85-104. Recuperado de: <http://alfepsi.org/attachments/article/226/Cr%C3%ADtica%20a%20la%20visi%C3%B3n%20dominante%20de%20salud-enfermedad.pdf>
- Saltalamacchia, H.R. (1992). La Historia de vida: Reflexiones a partir de una experiencia de investigación. Ediciones Cijup. Caguas, Puerto Rico
- Ordorika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio mental de las mujeres. *Revista Mexicana DE Sociología* 71, núm. 4. Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto de Investigaciones Sociales. México D.F.
- Tello, A. (2008). Percepciones sociales del consumo de drogas en los jóvenes – El caso de la Corporación Caminos (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Sociales y Económicas Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia.

ANEXOS

Anexo 1. Descripción de las mujeres entrevistadas

Con el objeto de ayudar al lector a recordar las características básicas de los casos de las cuatro mujeres entrevistadas y trabajadas en distintos momentos de este texto, se presenta a continuación una somera descripción de cada una de ellas.

Andrea

Mujer de 20 años, estudia Ingeniería Civil en la Universidad Javeriana Cali. Vive con sus papás en la ciudad de Palmira. Estrato alto. No tiene pareja ni hijos. Consultó al psiquiatra cuando su mamá descubrió que se laceraba los brazos. Su diagnóstico fue Episodio Depresivo.

Lucía

Mujer de 23 años, estudia Licenciatura en Música en la Universidad del Valle. Vive en Cali con sus padres, su hermano y su abuelo. Estrato medio. No tiene hijos, tiene novio hace 1 año. Consulta al psiquiatra por primera vez después de una ruptura con su ex novio. Su diagnóstico fue Trastorno Depresivo.

Beatriz

Mujer de 39 años. Psicóloga de la Universidad del Valle, actualmente está realizando Maestría en Economía en la Universidad Javeriana Cali. Tiene un hijo de 15 años. Vive en Cali con su segundo esposo y su hijo. Estrato medio. Consulta al psiquiatra después de sentirse agobiada por su situación laboral y económica. Su diagnóstico fue Episodio Depresivo.

Olga

Mujer de 48 años. Estudió hasta quinto de primaria. Vive en Buenaventura con su pareja y dos de sus hijos. Estrato bajo. Tiene 5 hijos. Su crisis se desencadena por no tener dinero para pagar el arriendo. Es remitida al Hospital Psiquiátrico, la hospitalizan con el diagnóstico de Episodio Depresivo.

Anexo 2. Ficha de observación

Fecha de revisión		Número de ficha	
Número historia			
Edad			
Escolaridad			
Sexo			
Estrato			
Ocupación			
Estado civil			
Lugar de nacimiento			
Motivo de consulta			
Referencias a su condición o a si mismo			
Fecha primera y última consulta		Tratamiento	Servicios derivados
Diagnóstico (Dx) inicial			
Evolución de Dx			
Condiciones materiales (tipo de vivienda, barrio)			
Vínculos, redes, composición familiar			
Observaciones			

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENTREVISTA

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Yo, _____ identificado(a) con documento de
identidad número _____ de _____

declaro que acepto que Eliana Maribel Carreño Hidalgo, estudiante de la Maestría en Sociología de la Universidad del Valle, me entreviste y utilice la información ahí recolectada con fines investigativos, sin develar mi nombre ni documento de identificación.

Nota: Los resultados de la investigación serán puestos en consideración del personal del Hospital con el fin de que sean de utilizados para el mejoramiento de la atención de la población estudiada.

Firma de paciente

Eliana Maribel Carreño Hidalgo
Estudiante Maestría en Sociología