

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL, CULIACÁN

**MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON ACENTUACIÓN EN SISTEMAS
DE SALUD Y ESTUDIOS DE GÉNERO**



**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PADECIMIENTO DEPRESIVO DE LAS MUJERES
MADRES ENTRE LOS 29 Y 49 AÑOS, ATENDIDAS EN EL CENTRO INTEGRAL DE SALUD
MENTAL DE CULIACÁN, SINALOA.**

TESIS

**QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN
TRABAJO SOCIAL CON ACENTUACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD**

PRESENTA

ROXANA GRACIELA ROJAS

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ROSA MARÍA ROJAS RIVERA

Culiacán Rosales, Sinaloa. Agosto de 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL, CULIACÁN

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON ACENTUACIÓN EN SISTEMAS
DE SALUD Y ESTUDIOS DE GÉNERO



REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PADECIMIENTO DEPRESIVO DE LAS MUJERES
MADRES ENTRE LOS 29 Y 49 AÑOS, ATENDIDAS EN EL CENTRO INTEGRAL DE SALUD
MENTAL DE CULIACÁN, SINALOA.

TESIS

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN TRABAJO
SOCIAL CON ACENTUACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

PRESENTA

ROXANA GRACIELA ROJAS

DIRECTORA

DRA. ROSA MARÍA ROJAS RIVERA

LECTORAS CRÍTICAS

DRA. BEATRIZ EUGENIA RODRÍGUEZ PÉREZ

DRA. MARISELA RIVERA MONTOYA

Culiacán Rosales, Sinaloa. Agosto de 2015

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen por guiar mi camino.

A mi madre Sara Francisca Ortiz y a mi padre Eduardo Ramón Rojas quienes me acompañan y apoyan dejándome su mejor herencia: la educación, la disciplina y el compromiso.

A Rafa por ser mi soporte en todo momento, ayudándome en lo que he necesitado y escuchando mis dudas y dilemas.

A las licenciadas: Elisa Herrera Masías, Catalina Estrada Muro, Araceli Beltrán Murillo, Karla Marina Félix y Carolina Bojórquez quienes me abrieron las puertas de la institución y del grupo. A las maestras/os que formaron parte de esta etapa de mi formación y a mis compañeras con quienes compartí debates e inquietudes.

A las mujeres que participaron en la investigación, especialmente gracias por abrirme la puerta de sus vidas, por la confianza y por permitirme conocer su historia; sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.

RESUMEN

La presente tesis pretende dar cuenta sobre la construcción de las representaciones sociales del padecimiento depresivo experimentada por las mujeres madres entre los 29 y 49 años, que asistieron a las reuniones grupales en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) durante el 2014. El objetivo es brindar un aporte desde una visión comprensiva al trabajo social en salud mental, tomando como referencia las representaciones sociales, el proceso salud-enfermedad mental y el género.

Históricamente, el trabajo social ha tenido como referente principal el paradigma funcionalista para su intervención; mediante el trabajo realizado, se marca una visión para la construcción de la investigación y la intervención basada en la comprensión del padecimiento depresivo. La fundamentación teórica parte de referentes del trabajo social para abrirse paso en los aportes de la psicología social y el género, estableciendo relaciones que resultan imprescindibles para obtener una visión integral.

La investigación es del tipo cualitativo, donde la historia de vida permite el acceso a la construcción particular y grupal del padecimiento, con base en entrevistas en profundidad logradas luego de un año y medio de trabajo grupal, a través del cual se logró la confianza de las participantes para hacer posible el proyecto. En cuanto a los resultados, se establece una clara vinculación en el proceso de construcción de las representaciones sociales del padecimiento depresivo con la historia familiar, la relación de pareja y el lugar ocupado por la maternidad, brindando un entramado comprensivo solo posible de entender en sus múltiples relaciones. Lo expuesto implica un análisis desde el trabajo social que atienda a las múltiples manifestaciones de la problemática.

Descriptores: representaciones sociales, padecimiento depresivo, mujeres madres, trabajo social.

The present thesis pretends to explain the construction of social representations of depressive illness experienced by mothers between 29 and 49 years old who attended group meetings in the Comprehensive Mental Health Center (CISAME) during 2014. The objective is providing an important output from a comprehensive view to social work in mental health taking as reference social representations, the health-illness mental process and gender.

Historically, social work has had as main reference the functionalist paradigm for intervention; through this study, a point of view is established to do research and intervention based on the understanding of depressive illness. The theoretical basis of social work relating to break into the contributions of social psychology and gender, establishing relationships that are essential for an integral comprehensive vision.

This is a qualitative type research study, in which individual life stories give enough information to construct illness, based on in-depth interviews after a year and a half of group work achieved, through which the participants confidence was achieved to make this project possible. As for the results, a clear link in the process of construction of social representations of depressive illness and family history, the relationship and the place occupied by the maternity sets , providing a comprehensive framework only possible to understand their multiple relationships. The above implies an analysis from the social work that addresses the multiple manifestations of the problem

Descriptors: social representations, depressive illness, mothers, social work.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I. CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Fundamentación	15
1.2 Justificación	19
1.3 Objetivos de la investigación	23
1.4 Planteamiento del problema	24
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	28
PARTE 1. Políticas, debates y reflexiones respecto a la salud y la salud mental.	28
2.1.1. El Estado, cambios históricos, políticas públicas, sociales de salud y salud mental.	28
2.1.1.1 El Estado y la salud: Historia de los cambios a través de las concepciones de Estado y la salud.	28
2.1.1.2 Concepciones de salud: Los cambios en el concepto.	31
2.1.1.3. Debates en torno a la categoría salud.	32
2.1.1.4 Análisis y posicionamiento.	35
2.1.2 Salud mental y género.	36
2.1.2.1 La salud mental: Conceptualizaciones, principales teóricos y cambios históricos.	37
2.1.2.1.1 Aproximaciones generales a la categoría salud mental.	37
2.1.2.1.2 La perspectiva de Michell Foucault y las relaciones de poder: El poder disciplinario y los dispositivos de poder.	39
2.1.2.2 La salud mental y el género: Una mirada general.	41
2.1.2.3 Debates en torno a la salud mental de las mujeres desde diferentes campos disciplinares: El trabajo social, la psicología, la medicina y la sociología.	43
2.1.2.3.1 Trabajo social: La intervención profesional en el campo de la salud mental.	43
2.1.2.3.2 La medicina: La psiquiatría, sus principales líneas o visiones.	44

2.1.2.3.3 La sociología: Aportes al plano de la salud mental, la especificidad del género.	44
2.1.2.3.4 La psicología: El psicoanálisis en el estudio particular del género.	45
2.1.2.4 Síntesis de los principales debates.	45
2.1.3 El padecimiento depresivo en la mujer madre.	46
2.1.3.1 La depresión como enfermedad y padecimiento.	46
2.1.3.2 La depresión en las mujeres: Las diferentes conceptualizaciones del padecimiento y sus implicancias.	48
2.1.3.3 La delimitación de factores psicosociales, la maternidad entre ellos: Los diferentes estudios.	49
2.1.4 Síntesis.	51
<hr/>	
PARTE 2. La construcción sociocultural del género, la interrelación con la salud y la salud mental.	51
2.2.1 Cultura y género.	51
2.2.1.1 La cultura, el género: Principales caminos teóricos: estudios de género, historia y actualidad.	51
2.2.1.2 El debate desde las líneas de estudio de cultura y género.	55
2.2.1.3 Síntesis teórica y posicionamiento.	56
2.2.2 El género desde los roles: Conceptos y una visión histórica.	57
2.2.2.1 Los roles de género: Principales exponentes.	57
2.2.2.2 El transitar histórico de las mujeres por los roles de género.	58
2.2.2.2.1 Elementos que cruzan el espacio femenino: La maternidad y el lugar de la mujer en la religión.	62
2.2.2.3 Un debate posible entre los diferentes aportes.	65
2.2.3 Los estereotipos de género, el ideal de mujer y la salud mental	66
2.2.3.1 Los debates en torno a los estereotipos y la construcción del ideal mujer madre-esposa. Visiones del tema.	66
2.2.3.2 Aproximaciones entre la salud y el género: Miradas desde las teorías feministas.	68
2.2.3.3 La convergencia teórica en la construcción del ideal madre-esposa y salud-enfermedad mental de las mujeres	71

2.2.3.3.1 De la depresión de las mujeres al padecimiento depresivo de las mujeres madres.	73
PARTE 3. Representaciones sociales, perspectivas y vinculación con el padecimiento depresivo y el género.	74
2.3.1 Las representaciones sociales, múltiples visiones de un concepto.	74
2.3.1.1 Un acercamiento desde la sociología.	75
2.3.1.2 Un acercamiento desde la psicología social.	77
2.3.1.2.1 La postura de Serge Moscovici y Denise Jodelet.	77
2.3.1.2.2 Los aportes de Wolfgang Wagner y Nicky Hayes.	79
2.3.1.2.3 El análisis de María Auxiliadora Banchs.	80
2.3.1.2.4 La visión analítica de Tomás Ibáñez.	83
2.3.1.3 El debate posible entre las diferentes posturas.	85
2.3.1.4 Análisis y posicionamiento desde el trabajo social.	86
2.3.2 Las representaciones sociales en su vinculación con la salud y el género: Un enlace con el poder.	87
2.3.2.1 El estudio de las representaciones sociales con relación al proceso salud-enfermedad mental.	87
2.3.2.2 El estudio de las representaciones sociales con relación al género.	90
2.3.3 Las representaciones sociales en su vinculación con la depresión de las mujeres madres.	94
2.3.3.1 La depresión como objeto de estudio de las representaciones sociales.	94
2.3.3.2 La maternidad como objeto de estudio de las representaciones sociales.	96
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	99
3.1 Enfoque.	99
3.2 Métodos.	103
3.3 Técnicas.	107
3.4 Instrumentos.	110
3.5 Muestra.	111
3.6 Procedimiento de trabajo o fases.	112
3.7 Análisis de información.	116

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	122
4.1 Presentación de resultados.	122
4.1.1 Primera etapa.	123
4.1.2 Segunda etapa.	129
4.1.2.1 El padecimiento depresivo enmarcado en la maternidad ideal.	130
4.1.2.2 El padecimiento depresivo y el poder de las creencias familiares.	137
4.1.2.3 El padecimiento depresivo desde la negación del otro.	143
4.1.2.4 El padecimiento depresivo marcado por la interpelación conyugal.	150
4.1.2.5 El padecimiento depresivo y la crisis del rol materno.	156
4.1.3 Tercera etapa.	160
4.1.3.1 Representaciones sociales.	160
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	165
BIBLIOGRAFÍA	171
ANEXOS	clxxix

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICAS Y SIGLAS

Índice de tablas, figuras y gráficas	x
Diagrama 1. Mapa Helicoide problematizador.	25
Gráfica 2. Comparativo consultas totales de primera vez (mujeres/hombres).	124
Gráfica 3. Edad de consulta de primera vez (mujeres).	124
Gráfica 4. Comparativa de consulta de primera vez por edad (mujeres/ hombres).	125
Gráfica 5. Edad de consulta subsecuente (mujeres).	125
Gráfica 6. Comparativa de consulta subsecuente por edad (mujeres/ hombres).	125
Gráfica 7. Principales motivos de consulta.	125
Gráfica 8. Depresión en mujeres (entre los 29 y 49 años).	126
Gráfica 9. Estado civil.	126
Gráfica 10. Número de hijas/os.	126
Gráfica 11. Actividad principal	126
Gráfica 12. Nivel educativo.	127
Tabla 13. Categorías, códigos y discurso.	131
Tabla 14. Categorías y códigos.	132
Diagrama 15. Vinculación categorial.	133
Tabla 16. Categorías, códigos y discurso.	137
Tabla 17. Categorías y códigos.	138
Diagrama 18. Vinculación categorial.	139
Tabla 19. Categorías, códigos y discurso.	143
Tabla 20. Categorías y códigos.	144
Diagrama 21. Vinculación categorial.	145
Tabla 22. Categorías, códigos y discurso.	150
Tabla 23. Categorías y códigos.	151
Diagrama 24. Vinculación categorial.	152
Tabla 25. Categorías, códigos y discurso.	157
Tabla 26. Categorías y códigos.	158
Diagrama 27. Vinculación categorial.	158
Diagrama 28. Representaciones sociales.	163

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se realiza como requisito para obtener el grado de maestra en trabajo social con acentuación en sistemas de salud otorgado por la Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Plantea el estudio de cómo las mujeres madres diagnosticadas con depresión que asistían a las reuniones grupales del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) sito en la ciudad de Culiacán, Sinaloa construyen las representaciones sociales de su padecimiento. El motivo del tema fue incursionar en el paradigma comprensivo, diferente al funcionalista que históricamente ha impregnado al trabajo social en salud mental, centrándose el estudio en el aumento de la depresión en mujeres a nivel general y particular, lo cual se evidencia en las estadísticas de CISAME y en la literatura referida al tema.

Históricamente el trabajo social ha intervenido desde un paradigma funcionalista en el campo de la salud mental, lo que conlleva a intervenir con un sujeto susceptible de ser adaptado a su entorno, esta visión pierde de vista la forma en que el sujeto construye su padecimiento o cómo transita el proceso salud enfermedad en consideración de sus aspectos sociales, culturales e históricos. El perder de vista estos aspectos lleva a centrar la problemática de salud en la enfermedad, mas no en la construcción sociocultural de la misma, lo cual en el plano profesional, conduce a un análisis automatizado de causas y efectos provocados por la enfermedad, perdiéndose el proceso social que acompaña a la misma, cerrando la intervención en acciones pautadas. El origen del tema tiene como base la experiencia y formación profesional en el campo de la salud mental y la observación de la manera en que las mujeres manifiestan su padecimiento, el mismo se encuadra en prácticas sociales, culturales y en roles que marcan de manera diferencial la forma en que las mujeres enferman, marcando el estudio del contenido de los puntos mencionados no a modo de factor causal sino como elementos entretejidos a partir del proceso de construcción de las representaciones sociales. Estudiar el proceso salud enfermedad en el campo de la salud mental es de por sí complejo, mas el relacionarlo con el género resulta a la vez imbricado pero necesario.

La dimensión de la investigación gira en torno a desnaturalizar y privilegiar el discurso de las mujeres madres en un espacio donde las pautas de género son inmutables o no criticadas,

implica en sí una conexión con la historia del otro que representa en parte la historia de cada mujer, la impronta con que la cultura marca el deber ser, lo esperado o no, la salud y la enfermedad son, por su parte, elementos necesarios a ser estudiados por la disciplina. El trabajar con mujeres madres desde la investigación cualitativa implica un análisis del propio género y de la salud mental, del ser y estar en el mundo, descubriendo la naturalización de las creencias a las que se sujeta a las mujeres y que marcan no solo su pensamiento y accionar, sino los ideales a los cuales se trata de responder.

La investigación implicó adentrarse en el devenir histórico construido por las mujeres madres que presentan un padecimiento depresivo a partir de la investigación cualitativa, asumiendo como tarea principal la reconstrucción del pasado en función del presente, un darse cuenta de las debilidades, pero principalmente de las fortalezas frente a las vicisitudes de la vida. Revalorizar el discurso atañe a considerar al otro como sujeto que padece, mas no como sujeto pasivo apto para la intervención del trabajador social, sino retomar la construcción propia de cada uno reconstruyendo un accionar basado en el acompañamiento de procesos singulares.

El presente estudio se planteó partiendo del contexto particular de construcción de significados de las mujeres madres que padecen depresión, incursionando en una integración paulatina al campo de estudio (CISAME) que permitiera acceder al contexto del lenguaje, a los significados y las prácticas de las mujeres madres. El trabajo realizado durante un año y medio posibilitó crear relaciones de confianza, un espacio de escucha diferencial, como también una revisión del poder de la cultura, la familia, la historia y los ideales a los cuales las mujeres se encuentran sujetadas.

Lo expuesto se une al estudio de las representaciones sociales tomadas desde la propuesta de la Escuela Tradicional de Moscovici (1986) y sus sucesores a modo de retomar aportes que permitan nutrir la perspectiva profesional en el campo de la salud mental. A continuación se explicitan los diferentes capítulos que conforman el trabajo estableciéndose en función de una secuencia de fases que permitió el abordaje integral de la problemática en estudio.

El trabajo se divide en cuatro capítulos: el primero referido a la fundamentación, justificación, objetivos y planteamiento del problema. En cuanto a la fundamentación la misma se centra en tomar como punto de partida el posicionamiento para la investigación desde el trabajo social, para lo cual se refieren autores como Carballada (2013) y Karsz (2006). La justificación parte de un análisis estadístico general sobre las principales problemáticas de salud presentadas en la institución, como también de un estudio específico con base en la información del análisis general,

vinculándose estos aspectos a estudios y referentes teóricos que abordan el tema. Se delimitan de esta instancia la temática, y el grupo etario considerado para la investigación.

En cuanto a los objetivos, los mismos se centran en comprender cómo construyen las mujeres madres entre los 29 y 49 años las representaciones sociales del padecimiento depresivo, derivándose en dos objetivos específicos: analizar los significados construidos por las mujeres madres en torno al padecimiento en relación a los aspectos socioculturales e históricos desde lo singular, y describir las creencias, valores, imágenes, sentimientos y prácticas que han articulado las mujeres en relación al padecimiento depresivo. Centrando el problema de investigación en comprender como las mujeres madres construyen el padecimiento depresivo.

El segundo capítulo da cuenta de la revisión de literatura realizada para la investigación, se encuentra conformado por tres partes referidos a las categorías propuestas para el estudio; salud, género y representaciones sociales, constituyendo una lógica que va de niveles de mayor abstracción a aquellos cercanos al plano empírico. Cada una de las partes en las cuales se dividió el marco teórico a su vez se divide en apartados que dan cuenta de niveles teóricos que delimitan una mayor especificidad en el tratamiento de los aportes. Según lo descrito se desarrollan conceptualizaciones generales de salud, para pasar a los análisis en relación a la salud mental, cerrando en el padecimiento depresivo. En cuanto al género de igual manera se trabaja desde el plano general de la cultura, para luego pasar a los roles de género, cerrando en el género y la salud mental. Finalmente las presentaciones sociales se explicitan desde los principales referentes teóricos, acercándose progresivamente al estudio de las representaciones sociales en el campo de la salud en relación al género.

El capítulo tres se centra en la metodología, tomando en cuenta tres grandes fases del proceso de investigación realizadas durante el año y medio de trabajo; la primera fase delimitada como exploratoria, la segunda de trabajo grupal y la tercera propia de la historia de vida. La primera fase se centró en el análisis estadístico como también en la inserción en los grupos de depresión del Centro Integral de Salud Mental. La segunda fase de observación participante se divide en la reflexión grupal y la etapa de grupo centrado en la tarea, en los cuales se participó de manera activa. Las fases mencionadas se corresponden con diferentes etapas de la investigación, cerrando con la delimitación de la muestra. Debido a que el estudio es tipo cualitativo se estipuló una inserción paulatina en el campo de estudio a fin de establecer lazos de confianza con los sujetos de estudio, abriendo espacio a su vez en la comprensión del lenguaje, las costumbres como en el mundo simbólico de los sujetos.

En cuanto a los métodos utilizados los mismos se centran en la etapa uno y dos mencionadas en la microetnografía mientras que la tercera fase, su eje es la historia de vida la cual coincide con la denominada muerte del grupo. La fase de historia de vida se utiliza como forma de acceder a las representaciones sociales desde el punto de vista singular, para desde ese punto retomar aquellos elementos en común de las historias de vida, nucleadas en las representaciones sociales. Las técnicas utilizadas se basaron en los métodos utilizados, siendo predominantes la observación no participante, la observación participante y la entrevista en profundidad, la cual se trabajó con un instrumento desarrollado a partir de tópicos que generaran y guiaran la reconstrucción histórica realizado por las entrevistadas.

El capítulo cuatro se estructura en tres etapas, la primera en la cual se exponen los resultados de la fase exploratoria y la fase de observación participante de la investigación que dio lugar al problema, delimitando además las características del grupo en estudio. La segunda etapa presenta los resultados de la tercera fase del trabajo siguiendo las pautas del análisis de contenido propuestas por Coffey y Atkinson (2003) estructurándose en la vinculación entre el plano empírico de las entrevistas y la codificación, para dar paso al análisis a través de una propuesta helicoidal planteada en la problematización del trabajo, considerada como la recontextualización de los datos obtenidos.

La tercera etapa del análisis de datos se trabajó específicamente con las representaciones sociales surgidas de los puntos en común encontrados en la etapa dos, constituyéndose de esta manera en un proceso de acercamiento progresivo en cuanto a las representaciones del padecimiento depresivo. Las conclusiones vinculadas a todo el proceso de investigación retoman los objetivos planteados al igual que el supuesto, quienes han guiado el proceso de trabajo, vinculándose al trabajo social desde los aportes a la disciplina y considerando lineamientos para el trabajo en el campo de la salud mental en su relación con el género, tanto en el plano de investigación como de la intervención profesional.

CAPÍTULO I

CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN

El trabajo social posee históricamente un espacio en el campo de la salud mental, las acciones en el mismo, se han centrado y se centran en quehaceres como la readaptación o refuncionalización de los sujetos a su medio. Por lo mencionado, lejos de ser una práctica o intervención neutral, la misma es producto de la adhesión pensada o no al denominado paradigma funcionalista predominante desde el siglo XX. Frente a la postura imperante en este espacio, surge el interrogante sobre maneras alternativas de observar lo que acontece con los sujetos que presentan un padecimiento mental y que concurren a instituciones de salud. La investigación aboga por aquello que rebasa el paradigma vigente, siendo el sujeto, sus representaciones, las relaciones de poder y su discurso, elementos centrales de este trabajo.

El punto de partida para el desarrollo del posicionamiento en la investigación, inicia en la crítica al ejercicio profesional, se retoman para ello los postulados de Karsz (2007) y Carballeda (2013), dado que ambos sitúan su reflexión y análisis con referencia a la salud mental. Del primero se rescata la crítica a lo que denomina la *toma a cargo* del sujeto, incluyendo la necesidad de cambio a partir de una nueva figura que da a llamar *toma en cuenta*; esto responde al replanteo de la postura profesional en su relación con el Otro en la intervención, implicando una mirada diferencial a la investigación en el campo de la salud.

Por otra parte, Carballeda (2013) indica que la enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, abriendo como alternativa, una intervención basada en la atención al lenguaje, las representaciones sociales y el contexto, como mediadores con los cuales trabaja el profesional en esta área en particular. Tomando sus aportes, el ubicarse en la salud mental como un proceso histórico social, vinculado a la vida cotidiana y a significantes en constante cambio, permite delimitar cómo a través de la salud mental es posible vincular lo micro y lo

macro social, dimensiones que no se encontrarían separadas sino en un permanente relación e interdependencia.

Ambos exponentes realizan una crítica a las actuales formas de intervención y las implicancias de la misma, acercándose al trabajo con el caso por caso y la necesidad de establecer una intervención que considere acompañar y comprender más que buscar la readaptación del sujeto a su entorno, en otras palabras, critican el paradigma funcionalista imperante en el campo de las salud mental, abriendo la posibilidad a nuevos debates paradigmáticos.

Tanto Karsz (2009) como Carballada (2013) se encuentran en el plano de la intervención, sin embargo, trazan líneas hacia la investigación. Para realizar el vínculo entre intervención e investigación se retoma a Teresa Matus (2009) quien destaca que en la intervención se generan los vacíos necesarios a ser retomados por la investigación como posibilidades de estudio. Mientras la intervención origina saberes, la investigación produce conocimientos, siendo los saberes quienes demarcan las necesidades en el plano del conocimiento. Lo expuesto ancla el posicionamiento asumido para comenzar la construcción del objeto de estudio desde el marco de referentes de trabajo social; desde esta mirada se vincula a posturas que permiten un abordaje particular del estudio de las representaciones sociales del padecimiento depresivo, que aparecen en el discurso de las mujeres madres atendidas en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) de la ciudad de Culiacán, Sinaloa México.

El estudio de las representaciones sociales se enmarca en la propuesta de la Escuela Tradicional de Moscovici (1986), desde los aportes de Jodelet, (1986) quien estudia de las representaciones su aspecto procesual, la autora las define como: “(...) forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, con un objetivo práctico que contribuye a la construcción de una realidad común a un conjunto social” (p. 473). A su vez Jodelet (1986) indica que la representación social implica un estudio articulado de elementos afectivos, mentales y sociales, integrando la cognición, el lenguaje, la comunicación y las relaciones sociales que influyen en la realidad material, social e ideal (p. 473)

El estudio de las representaciones sociales propuesto, implica el trabajo con su proceso de construcción y con la dinamicidad del mismo, por lo tanto, es pertinente tomar aportes de corrientes que se complementen para lograr una visión integral. Lo mencionado lleva a adoptar los conceptos de Foucault (2005), en cuanto a las relaciones de poder que circulan, cruzan y se institucionalizan; también se pueden delimitar aquellas que se encuentran presentes en el desarrollo cultural, tanto de la salud como de la enfermedad mental. Estos aportes dan cuenta de

elementos estructurales enlazados al poder disciplinario, el cual tendría una posibilidad de tramitarse a través de las representaciones sociales por medio del discurso; en el tema presentado, correspondería a las construcciones en torno a la depresión en las mujeres madres atendidas por la institución sanitaria.

Si bien la postura de Foucault (2005) es ubicada en la línea posestructuralista, se retoman nociones en las que hace presente al sujeto. Por otra parte, contribuye a la recuperación del mismo el enlace con la construcción que el sujeto realiza de su realidad social, así la relación entre las representaciones sociales y los aportes de Foucault se vincularían estableciendo puentes entre lo general y lo singular, entre elementos estructurales y particulares. Es decir que el puente entre la postura de las representaciones sociales y las relaciones de poder, será dado por la forma en que los sujetos integran a su pensamiento y accionar cotidiano pautas de poder propias de la estructura social de la cual forman parte, posibilitando una visión integral del fenómeno en estudio.

Según lo mencionado, las conceptualizaciones y representaciones en torno a la depresión de las mujeres madres, se encuentran entrelazadas desde los orígenes culturales, sociales e históricos. La vinculación se realiza por medio de: creencias, valores, imágenes, significados, historia, entre otros elementos, a través de las cuales circulan discursos, prácticas y relaciones de poder posibles de ser captadas desde el posicionamiento epistemológico y metodológico propuesto. A fin de dar cuenta de las conceptualizaciones particulares, se desarrollan en los siguientes párrafos nociones específicas de las categorías principales tomadas para la investigación, cuyo contenido constituye el objeto de estudio.

La elección del padecimiento depresivo deviene de dos líneas; en primer término la vinculada a la selección de la depresión y la segunda a la noción de padecimiento. La primera, deriva de la experiencia práctica en el campo de la salud mental y del estudio exploratorio realizado en CISAME. La depresión permite el trabajo con la reflexión del Otro, requisito principal para trabajar con las representaciones sociales. En segundo lugar la noción de padecimiento se vincula a las diferentes conceptualizaciones en torno a la salud mental, dado que según el paradigma donde se ubique la investigación, el concepto será variable; de esta manera la depresión como padecimiento implica abstraerla de una visión puramente biológico, para llevarla al plano del sentir o de la vivencia del Otro, abriendo un espacio para el decir del sujeto. El estudio del padecimiento depresivo implica recuperar el modo en que los sujetos construyen las conceptualizaciones y representaciones, vinculadas al poder que circula en el proceso salud enfermedad mental de las mujeres madres.

Por otra parte, el trabajo con mujeres madres y por ello con la adjetivación dada por la maternidad, queda implicado en la definición de los sujetos de estudio; la selección responde a indagaciones previas y al estudio exploratorio que implicó la revisión y análisis del campo empírico con relación a los diversos aportes teóricos en salud mental y de la depresión en las mujeres. La delimitación de esta categoría implicó e implica el análisis de las teorías de género que consideran la maternidad no solo como un hecho biológico, sino como una construcción sociocultural del fenómeno biológico, donde se enmarcan los roles, funciones, ideales, prácticas y discursos en torno a la misma. Estas posturas y elementos son demarcados por diferentes teóricas feministas como: Nancy Chodorow (1984), Mabel Burín e Irene Meller (2006), entre otras. La consideración de este aspecto se retoma dado el predominio del tema en diversos estudios, lo que no implica dejar de lado las categorías emergentes durante la investigación.

Tanto la depresión como la maternidad se vinculan con el poder, debido a que son construcciones en las que interviene o conformadas por el poder del discurso, las prácticas y todo lo que ello implica, circulando a través de la historia y formando parte de la cultura y del contexto de los sujetos, sin por ello ser solamente espectadores o sujetados al mismo, sino asumiendo posturas tanto de sumisión como de rebelión frente a él. Según lo mencionado la postura para la investigación propuesta, considera que en el trasfondo de las representaciones sociales de la depresión en mujeres madres existen construcciones erigidas desde relaciones de poder.

Las categorías depresión y maternidad responden al nivel empírico lo cual le da el sustento principal a la investigación, el análisis y estudio de las mismas en un proceso inductivo, permite llevarlas a un plano categorial intermedio donde se destacan las categorías: representaciones sociales, género, el proceso salud enfermedad mental y el poder, para llegar a categorías generales como cultura, proceso salud enfermedad y su visión desde el estado en sus formas institucionales.

En síntesis, la mirada para delimitar el objeto y los sujetos de investigación parte de diferentes posturas dentro del trabajo social, que delimitan pautas para observar la intervención y plantear la investigación en el campo de la salud mental; las líneas teóricas propuestas responden a una misma lógica, encontrándose en el espacio de la recuperación del otro a través de su discurso, sin perder de vista los elementos estructurales. El trabajo social en salud mental trabaja en este espacio de recuperación y habilitación discursiva, la cual sería posible a través del conocimiento de las representaciones sociales, basándose en la circulación del poder institucional y cultural propio de los sujetos. Por lo expuesto, la disciplina debe construir espacios desde diferentes posturas en la investigación y en la intervención

La problemática reside en que no suele ser utilizado este recurso, los nuevos aportes teóricos marcan que sí es posible y necesario investigar para dotar de elementos la intervención y la investigación profesional. Por lo tanto la postura teórica para el trabajo con el tema propuesto deviene de un posicionamiento profesional, y de la construcción paradigmática y metodológica en torno a cómo establecer estructuras teóricas que permitan acceder al estudio de las categorías principales propuestas desde la disciplina.

Entre las razones de la investigación se encuentra a nivel general la escasez y las características de los estudios en salud mental desde trabajo social. La mayoría de los trabajos se centran en la intervención, siendo necesaria la investigación no solo para contribuir a este plano, sino para la comprensión de los fenómenos que acontecen en el espacio propuesto. Frente a ello el problema surge y adquiere relevancia desde su construcción empírica y conceptual; empírica debido al aumento del padecimiento depresivo en mujeres y conceptual en relación a las alternativas comprensivas de los abordajes existentes dentro de la disciplina.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El apartado se estructura en tres apartados, en el primero se destaca el plano empírico a través de la estadística a nivel general y particular, para visualizar la magnitud de la categoría depresión; en segundo término, se desarrollan conceptualizaciones centradas en la elección de las categorías propuestas y por último, el tercer apartado, da cuenta del objeto general de estudio, su conveniencia, implicancias prácticas, valor teórico y metodológico de la investigación.

El primer apartado es el análisis estadístico realizado a nivel general y particular, el cual avala la incursión en el tema. A modo de síntesis se destaca que la Organización Panamericana de la Salud en el 2010 refiere que 73 millones de mujeres habían padecido un episodio depresivo. Mientras la Organización Mundial de la Salud (2013), indica que la depresión se asocia a factores sociales, psicológicos y biológicos, afectando en América Latina y el Caribe a un 5% de la población. En México, la organización Voz Pro Salud Mental (2010), refiere que el padecimiento en las mujeres representa un 14,4% y en los hombres la cifra alcanza el 8,9%, marca que la diferencia responde a una mayor concurrencia de mujeres a los servicios de salud mental. Los datos dan cuenta de la magnitud de la temática planteada para la investigación, siendo base para el estudio de la depresión particularmente padecida por mujeres.

A nivel local el análisis estadístico realizado en CISAME da cuenta que un 62% de la población que concurre a consulta de primera vez son mujeres, representando el 35% las que tienen entre 29 y 49 años; en cuanto a la consulta subsecuente el 68 % son mujeres, siendo el 43 % perteneciente al grupo etario mencionado. Se delimita que seis de los primeros quince motivos de consulta, responden a trastornos del estado del ánimo, constituyendo el 68 % de la demanda asistencial durante el 2013. Las cifras destacan a un grupo etario el cual es tomado como grupo de estudio, constituyéndose en la base para la etapa exploratoria de la investigación, la edad mencionada se vincula a su vez con la edad de las participantes del grupo sobre depresión realizado por CISAME durante el 2014, lo expuesto evidencia la necesidad de trabajar con la temática propuesta.

Por otra parte, paralelo al trabajo estadístico citado, se realizó un estudio exploratorio desde noviembre de 2013 a mayo de 2014 en mencionado centro asistencial, el cual se estructuró en; análisis de datos generales a nivel estadístico (basado en los datos anteriores) cuya finalidad fue delimitar características de la población, y observación no participante en reuniones grupales, para el establecimiento de las categorías de estudio. El resultado del análisis estadístico denota: una marcada incidencia de la depresión diagnosticada en mujeres entre los 29 y 49 años, siendo en su mayoría casadas, habitantes de la ciudad de Culiacán, con menos de 4 hijos, destacándose un nivel educativo heterogéneo, y consignando como ocupación principal el ser ama de casa.

En cuanto al trabajo realizado a nivel grupal el mismo se efectuó por medio de la observación no participante y participante destacándose; la exclusiva presencia de mujeres, emergentes grupales que declaman problemáticas familiares como: la maternidad y el estar para otros, sentimiento de culpa debido a las dificultades que ocasiona el padecimiento, problemas a nivel de pareja ocasionados por la asistencia de las mujeres a tratamiento, debido a que, según lo expuesto, las mujeres dejaban las actividades estipuladas en el espacio doméstico. A partir del trabajo grupal se comienzan a visualizar otros problemas como: la historia familiar y las relaciones familiares actuales, la situación económica de las mujeres y las estrategias para el logro de recursos propios, problemas de adicciones y de infidelidad de sus parejas, problemas de conducta de sus hijos (varias mujeres ingresan a tratamiento por la atención a sus hijos) problemas de salud como diabetes, hipertensión, entre otras elementos que marcan la pauta de la complejidad del fenómeno.

Debido a la complejidad y la multiplicidad de problemáticas vinculadas se seleccionó la depresión ligada a las mujeres madres, lo anteriormente expuesto a nivel empírico avala la in-

investigación así como los diversos estudios sobre el tema constituyen el aval teórico, elementos que marcan la necesidad y pertinencia de su abordaje a través de la investigación desde el trabajo social, considerando que es propio de la disciplina el trabajo con el sujeto y sus circunstancias. La justificación del problema hasta este punto se basa en elementos estadísticos y grupales que son llevados al plano conceptual para delimitar su forma de abordaje, sin embargo el proceso implicó un posicionamiento y un bagaje teórico que permitió establecer la mirada más próxima para trabajar la empiria.

En el primer apartado, queda justificada la depresión como tema presentado en mujeres entre los 29 y 49 años y las manifestaciones del padecimiento. El segundo punto, constituye en la justificación de las categorías del problema de investigación; desde el plano empírico, la maternidad ingresa como categoría al ser uno de los temas emergentes y recurrentes y en torno a los cuales gira el padecimiento, expresado en la frustración o culpa por no cumplir con lo esperado o no ser la mejor madre; construcciones y demandas que marcan el existir cotidiano del sujeto. En el plano teórico, lo citado es marcado por diversas autoras como un factor causal de la depresión, siendo ligada a conceptualizaciones como: estereotipos de género, ideal materno, y expectativas creadas y puestas en juego para la discriminación de la salud mental y la enfermedad mental.

Según lo expuesto, el padecimiento depresivo y la maternidad de las mujeres son categorías que demandan ser estudiadas y relacionadas, si bien los estudios desde la psicología, la sociología y la psiquiatría consideran la maternidad como un factor asociado a la depresión; en la mayoría de los casos queda enlistada en una serie de prescripciones junto con otros factores como el estado civil, la situación socio-económica, la edad, el número de hijos o la escolaridad. Al quedar enlistada como factores se comienza a perder el carácter histórico, constructivo, procesual y la interrelación de los mismos, además de perder las relaciones de poder puestas en juego en las construcciones vigentes.

La investigación desde el trabajo social trata de comprender las características de ambos retomando aportes de diversas disciplinas, a modo de antecedentes, de construcciones y vinculaciones teóricas útiles para la comprensión del fenómeno. Siguiendo esta premisa se considera pertinente el estudio a través de las representaciones sociales como proceso y las relaciones de poder desde la conceptualización de Foucault, tratando de superar el mote de factor, para delimitar el proceso dinámico de construcción y de permanente juego de relaciones donde los factores no son neutrales, sino elementos constitutivos del proceso, cobrando importancia la

maternidad no como factor, sino a partir de su contenido y construcción particular vinculada al mandato social. En este punto la justificación ingresa al planteo del problema y la necesidad de su estudio en torno a las representaciones sociales, pretendiendo dar cuenta de las construcciones existentes en torno al padecimiento depresivo en las mujeres madres, a través de la forma en que las mujeres las construyen por medio de discursos y prácticas imbuidas en la cultura y la historia, prestando atención a las categorías emergentes de la investigación y a la vinculación entre las mismas.

El último apartado destaca la conveniencia de la investigación, la que reside en incentivar la indagación en el plano de la salud mental desde el trabajo social, partiendo de una línea que permita la recuperación del Otro, aunado a la relación de diversas perspectivas teóricas que aportan al trabajo social. Lo mencionado permitirá expandir el campo de estudio a líneas paralelas a partir de las representaciones sociales, el post estructuralismo y la interpretación, separándose del funcionalismo que permea la intervención y la investigación en dicho espacio. La relevancia social se encuentra en el trabajo particular con la depresión debido a su alta incidencia en mujeres, siendo beneficiadas las mujeres que asisten a consulta y las/los profesionales del trabajo social, debido a que tendrán alternativas para trabajar desde la singularidad del padecimiento, sin perder de vista los marcos teóricos generales que marcan la dirección de la acción.

Las implicancias prácticas para el trabajo social se centran en otorgar a profesionales del área, alternativas basadas en la recuperación del discurso social de mujeres madres con un padecimiento depresivo, a fin de acompañar procesos de cambio evitando reforzar factores que no contribuyen a la recuperación. La investigación retoma las nociones de poder y las representaciones sociales como un todo dinámico, complementario y dialéctico, de manera que permita a quienes ejercen la disciplina movilizar los esquemas existentes, dotando de elementos para una escucha diferencial de los fenómenos.

El valor teórico se encuentra en el estudio de las tres líneas propuestas para el trabajo, debida cuenta de la escasa investigación que involucre la elaboración de un conocimiento reflexivo y crítico, desde el trabajo social al campo de la salud mental y al trabajo con mujeres, particularmente con la depresión. La utilidad metodológica se encuentra en la posibilidad de entrelazar diferentes perspectivas que permitan la lectura del padecimiento depresivo en las mujeres madres, haciendo hincapié en la necesaria articulación para dotar de una visión integral a la construcción y abordaje del fenómeno en estudio. Se marca para el mismo un

enfoque de tipo cualitativo que dé lugar a los engarces necesarios para el trabajo. El alcance del análisis se vincula a los aportes que puede brindar a los profesionales para que revisen críticamente sus matrices teóricas y metodológicas, todo ello vinculado a la búsqueda de nuevas lecturas de la realidad social.

En síntesis, el problema demarcado en torno al padecimiento depresivo de las mujeres madres cobra relevancia al momento que deja de ser vistos los elementos que la conforman como factores, para pasar a través de las líneas teóricas propuestas para su estudio, a ser analizado como un proceso histórico de construcción y de-construcción, en diálogo constante, donde intervienen diversos elementos y cuyas manifestaciones son posibles de ser analizadas a través de los discursos y las prácticas. De esta manera los tres momentos de la justificación se enlazan a modo de nudo borromeo para dar cuenta de su enlace.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Comprender cómo construyen las mujeres madres entre los 29 y 49 años que asisten a las actividades grupales del Centro Integral de Salud Mental durante el 2014, las representaciones sociales del padecimiento depresivo, para aportar una visión a la intervención profesional en salud mental.

1.3.2 Objetivos específicos

Analizar los significados construidos por las mujeres madres en torno al padecimiento depresivo, a fin de evidenciar la vinculación de los aspectos socioculturales e históricos con el mundo singular.

Describir las creencias, valores, imágenes, sentimientos y prácticas principales que han articulado las mujeres madres en relación al padecimiento depresivo, para reconstruir el entramado desde lo singular.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

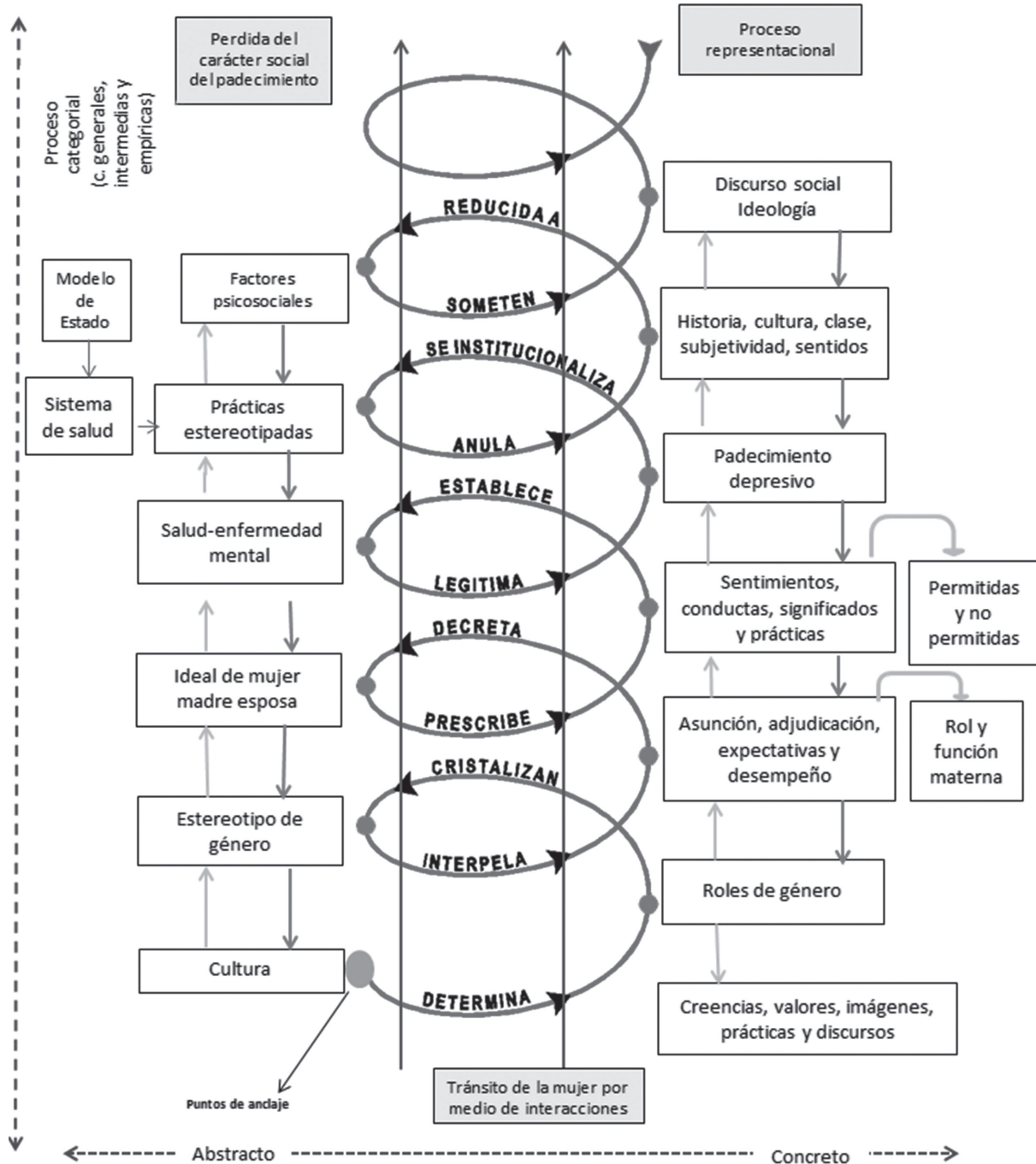
La propuesta utilizada para el planteamiento de problema se grafica en una figura helicoidal que vincula las diferentes categorías propuestas para el trabajo. La finalidad de la misma es dar cuenta de la complejidad existente en la formulación del problema de investigación. Su construcción se basa en las categorías delimitadas a partir del estudio exploratorio y de su vinculación con aportes teóricos sobre el tema. La utilización del helicoide permite brindar una idea de movimiento, y relación a la vez que se constituye en guía para la construcción del proceso de investigación (*véase figura 1*).

La gráfica helicoidal da cuenta del proceso en el cual se encuentran involucradas las representaciones sociales y las relaciones de poder, las premisas y enunciados son propios de las categorías generales, intermedias y empíricas vinculadas a través del proceso. El mapa conceptual desarrollado responde a un desarrollo helicoidal para dar cuenta del movimiento constante y el devenir de las diferentes categorías propuestas para el estudio. El helicoide responde al curso de las representaciones sociales consideradas como proceso, al igual que se implican en el mismo las relaciones de poder que circulan en su conformación.

Pueden delimitarse dos lecturas posibles una de tipo deductivo y otra inductiva, la primera parte de abajo hacia arriba considerando como categoría principal la cultura y desde ese punto la vinculación con la categoría de género a través de los roles de género enlazados a través del curso del helicoide a la cristalización de los mismos en estereotipos de género que en el movimiento propuesto interpelan a las mujeres sobre la adjudicación y asunción de expectativas y desempeño de la denomina la función materna y rol materno. Estos elementos decretan o establecen las pautas del ideal de madre/esposa, un ideal que prescribe sentimientos conductas y prácticas socialmente aceptadas por la cultura en un contexto y tiempo determinado.

El ideal prescribe por lo tanto lo permitido y no permitido social y culturalmente lo cual puede establecer las pautas para lo que se considera como la salud y la enfermedad mental en las mujeres. Siguiendo el movimiento la delimitación mencionada establecería la forma o la construcción del padecimiento depresivo de las mujeres lo cual responde al proceso expuesto. Como tal el padecimiento de las mujeres se traduce a través de las prácticas institucionales en la depresión como categoría nosográfica delimitada desde las diferentes disciplinas, por lo tanto el paso del padecimiento a la enfermedad puede llevar a la anulación del contexto social, histórico y cultural que le dio origen al mismo o que lo construyó como tal.

Diagrama 1. MAPA HELICOIDE PROBLEMATIZADOR



Fuente: Elaboración propia con base en datos empíricos y teóricos, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Seguidamente la institucionalización a través de prácticas estereotipadas anula la historia, la cultura y la construcción representacional del sujeto, sumando a la inclusión en el proceso representacional del discurso médico que constituye la integración de nuevos elementos al

decir de la medicina sobre el otro. Los diferentes componentes de la construcción pueden quedar reducidos a factores psicosociales aislados del discurso que los vincula y que le da sentido, de esta manera el discurso social puede quedar reducido a la denominación de la enfermedad. Este punto donde se vincula la práctica con la acción del estado a través de las políticas y la acción profesional.

Una segunda lectura del helicoide responde a una visión inductiva la cual parte de la práctica profesional ubicada en la cima del esquema y la necesidad de comprender el fenómeno para lo cual se establece la secuencia con idénticos elementos solo que en sentido inverso, partiendo desde lo empírico. Abriendo el espacio a la una interacción dinámica de ida y vuelta de permanente retroalimentación si se vincula a la idea de proceso de las representaciones sociales y a los debates en torno a las relaciones de poder. Se destaca del esquema que a la vez que se vincula que se produce la designación como depresión, la adquisición de significado logrado a partir de la denominación produce un desandar o un cambio en el proceso representacional.

Por otra parte el esquema propuesto presenta una lectura de las líneas rectas ascendentes y descendentes que vinculan las categorías entre sí a modo de bloque, de esta manera la cultura queda vinculada a los estereotipos, al ideal de madre y esposa, la salud y la enfermedad mental y en la columna de la derecha quedarían enlazados los roles de género con la adjudicación y asunción de expectativas vinculado a los sentimientos y prácticas permitidas y no permitidas culturalmente en un contexto determinado configurando de esta manera el padecimiento depresivo vinculado a la historia la cultura y el discurso.

La figura helicoidal aparte de dar cuenta de las interrelaciones entre diferentes categorías de orden general, intermedio y empírico, permite dar la idea de proceso o movimiento propio de las representaciones sociales debido a que las mujeres podrían transitar este camino de diferentes maneras o construyendo representaciones diferentes, de igual manera más allá de lo singular posible de delimitar existen otros elementos que se mantendrían constantes o con cambios que solo son posibles de visualizar a través de la historia. Se abre paso de esta manera a la complejidad del problema de investigación imbuido en el proceso representaciones sociales recuperando al sujeto, en las relaciones de poder que establecen aquellos factores cuyos cambios se visibilizan a través del tiempo y el proceso de construcción eje del problema de investigación que refiere al contenido particular y a los contenidos constantes que se encuentran en las mujeres madres que padecen depresión en torno a ambos procesos.

El esquema establece los puntos nucleares para la delimitación de apartados para el desarrollo del marco teórico o marco conceptual guía para la investigación, otorgando además una visión general para la construcción de instrumentos.

Según lo expuesto el proceso salud enfermedad se encuentra íntimamente vinculado al ideal de madre esposa, por lo cual se buscarán la construcción y contenido del proceso representacional a la vez que se busca analizar y comprender las características de dicha construcción. El trabajo social se encuentra vinculado al esquema propuesto en su concepción y construcción debido a que por los diferentes elementos que conforman su formación y a través de las prácticas profesionales sería posible problematizar o dar espacio al problema de investigación en el campo de la salud mental.

Pregunta

¿Cómo las mujeres madres entre los 29 y 49 años diagnosticadas con depresión, que asisten a actividades grupales en el Centro Integral de Salud Mental durante el 2014, construyen las representaciones sociales de su padecimiento?

Supuesto

Las mujeres madres entre los 29 y 49 años diagnosticadas con depresión, que asisten a las actividades grupales en el Centro Integral de Salud Mental durante el 2014, construyen las representaciones sociales de su padecimiento a través de un proceso histórico social y cultural que delimita el conjunto de creencias, prácticas y comportamientos que paulatinamente devienen en padecimiento.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

PARTE 1. POLÍTICAS, DEBATES Y REFLEXIONES RESPECTO A LA SALUD Y LA SALUD MENTAL

2.1.1 EL ESTADO, CAMBIOS HISTÓRICOS, POLÍTICAS PÚBLICAS, SOCIALES DE SALUD Y SALUD MENTAL.

2.1.1.1 El Estado y la salud: Historia de los cambios a través de las concepciones de estado y la salud.

El siguiente apartado da cuenta de los modelos de estado y de cómo, en relación a los mismos, se establecen diferentes políticas de salud y de salud mental delimitando e institucionalizando una visión de la salud y de la enfermedad. Se toman tres modelos de estado: el liberal, el estado de bienestar y por último el estado neoliberal desde sus conceptualizaciones generales para abrir paso a las políticas sociales que demarcan las de salud.

a) Modelo de estado Liberal

• *Las políticas de salud y salud mental*

En este periodo existen políticas sociales que se vinculan a las necesidades de la población, se persiguen los ideales enmarcados en el orden y el progreso. Existían medidas en torno a la salud de corte higienista y preventivo, siendo el Consejo Superior de Salubridad quien marcaba como eje la higiene para mantener una buena salud. Las políticas públicas, en particular las de salud, se basaban a mejorar las condiciones de salubridad de la ciudad a través de la construcción de infraestructura sanitaria, principalmente en la zona urbana, (Evangelista.2001 p. 71).

El Consejo Superior de Salubridad, establecido en 1842, tenía como función regular las prácticas médicas y realizar estudios epidemiológicos en la ciudad. Este Consejo centralizó las

políticas de salud y estaba conformado por comisiones que se encargaban de las condiciones de salud de instituciones como cárceles, escuelas y de la epidemiología, además de diseñar campañas para la prevención de enfermedades y el manejo de hospitales. La idea principal era asegurar una población sana y productiva; luego de la Revolución Mexicana el Consejo continúa trabajando en las mismas funciones. Los servicios de bienestar, según el portal Memoria Histórica de México, estaban encuadrados en la Secretaría de Salubridad y Asistencia que fusiona la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salud.

En cuanto a la salud mental, la publicación digital Salud.180.com destaca la creación del hospital La Castañeda en la ciudad de México, el cual era utilizado para asilar a enfermos mentales, delincuentes, prostitutas y rebeldes de la época, en este periodo histórico el encierro y la terapéutica eran acordes a las realizadas en Europa y se erguían bajo la necesidad de ocultar o encerrar a aquellos que no cumplieran con los ideales modernos.

El paradigma que impregna este periodo en la salud, es el modelo médico hegemónico. En términos de Foucault (2005), el poder se ejercía a través del conocimiento, teniendo además vistas moralistas, este poder continúa atravesando las instituciones y las prácticas. Podríamos sintetizar que en este periodo sí existían políticas en torno a la salud mental, como lo fue la creación de este hospital y de otros: aunque su creación responde a una concepción alienista, psicopatológica y de culpabilización de los sujeto por sus características individuales y morales.

b) Modelo de Estado Social

- Políticas de salud y salud mental

A nivel nacional la salud se reorganiza a través del Departamento de Salubridad Pública y se promueve la federalización de la Salubridad, se amplía la cobertura a los sectores rurales, lugares donde en el periodo anterior no llegaba, aunque la forma en que lo hizo es considerada por Evangelista (2001) insuficiente frente a la creciente demanda de atención. En este periodo se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual daba respuesta a la salud de la clase trabajadora y posteriormente el ISSSTE para los trabajadores del Estado (p.82)

El crecimiento económico del periodo de Díaz Ordaz, según el autor mencionado, llevaría a un aumento de la infraestructura de salud y asistencia social, esto no ayudaría a solventar la demanda. La salud en este periodo se basa en la protección y la atención de la misma, según las pautas de una visión higienista, sin encontrarse referencias precisas a lo acontecido en el plano de la salud mental, por lo cual se estima que continúan pautas demarcadas en el periodo anterior (p.91)

c) Modelo neoliberal, o de postajuste

- Políticas de salud y salud mental

Este periodo se caracteriza por la descentralización de los servicios de salud, quedando gran parte de la población sin cobertura social. La CEPAL presentó un informe en el año 2000 donde menciona los elementos para la reforma del sector salud en México, refiere cuatro requisitos: ampliación de la cobertura, racionalización institucional, mejora en la calidad de la atención y baja de los costos, estos requisitos se refieren a términos económicos y de racionalidad en función de lograr con el menor costo el máximo beneficio como se pregonaba actualmente.

A nivel internacional, como proyecto de acción, comienza a valorarse en salud mental la descentralización, la desinstitutionalización y cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos. La idea principal de este pensamiento era transferir la problemática de la salud mental a pequeños espacios en la comunidad, evitando la institucionalización y dejando de lado el concepto alienista manicomial de modelos pasados, pero estas políticas tienen un doble discurso, por un lado hablan de un Estado que deja la salud mental en manos de la familia y la comunidad (sin preparación previa para ello) y por otro la estrategia efectivamente fue útil para evitar la cronificación de los pacientes, aunque la estigmatización frente al padecimiento mental persiste a nivel social. Estas premisas son seguidas por los gobiernos latinoamericanos, viéndose reflejadas en México a través de las recientes leyes de salud mental.

En México el Servicio de Investigación y Análisis de la cámara de diputados en el 2004 habla del cierre de los hospitales psiquiátricos lo que serían reemplazados por hospitales de corta estancia y villas de transición, procurando además la autogestión. Es así que el sector de la salud mental se encuentra descentralizado en diferentes prestadores según el nivel, dividiéndose la atención entre aquellos que poseen seguridad social y los que tienen Seguro Popular.

En el marco de éste periodo se encuentra ubicado el denominado Modelo Hidalgo de atención en salud mental, el mismo se caracteriza por la ampliación de la cobertura de salud a través de diferentes niveles impulsando la creación de unidades de atención primaria como lo es UNEME-CISAME, unidad que trabaja con pacientes de tipo ambulatorios y recibe Seguro Popular.

A modo de síntesis de este apartado se debe tener en cuenta la relación entre la historia, las políticas públicas y sociales en relación a las de salud, los elementos aun cuando hayan sido presentados por separados se encuentran entrelazados. En cada periodo histórico se conceptúa la salud de manera diferente al igual que su tratamiento, pasando desde una visión biológica y

moral hasta la consideración del tratamiento en la comunidad donde se observa la cultura y vida cotidiana del sujeto. La recapitulación se basa en describir como se conserva de cada periodo histórico prácticas que llegan a la actualidad, las cuales son necesarias de ser revisadas.

2.1.1.2 Concepciones de salud: los cambios en el concepto

Si bien los diferentes periodos históricos marcados dan la pauta a formas específicas de concebir y atender la salud, exponentes como María del Carmen Vergara Quintero (2007) refieren, diferentes concepciones generales en relación a la salud que abren el espacio para su análisis en el artículo *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*:

a) Concepción tradicional: propia de la edad moderna y de la ciencia anatómica donde se buscan los factores de la salud y la enfermedad. Se dejan de lado las explicaciones demonológicas o míticas para establecer la enfermedad centrada en lo físico. Se determina la existencia de agentes biológicos quienes afectan la salud de los sujetos y se instaura la idea de agente causal, denominado también como “unicausalidad”. Vergara Quintero (2007) marca que a partir del siglo XXI se asocia la dimensión social y política a la enfermedad, aunque el eje continúa siendo la existencia en el ambiente de microorganismos que determinaban la aparición de patologías. Se pasa del modelo unicausal al modelo triádico, agente, huésped, ambiente, este modelo es llamado epidemiológico clásico, el enfoque es mecanicista y se reduce solo a la presencia de agentes patógenos, considerando limitadamente elementos sociales y culturales y cómo estos pueden influir en la aparición de enfermedades. (p. 43 a 46)

b) Concepción moderna: considera las representaciones sociales, observando como los sujetos expresan la salud y la enfermedad partiendo de su historia y su medio social. La salud no se centra en relación a los agentes patógenos, sino vista en la totalidad de los procesos sociales. Sin embargo, también destaca el predominio del modelo biomédico de la concepción anterior, basado exclusivamente en lo técnico-instrumental donde interesa la enfermedad y su atención. Bajo esta visión estar enfermo implica ser excluido y desvalorizado, debido a que la enfermedad es vista desde lo negativo. La complejidad del proceso implica la búsqueda de nuevas alternativas para dar respuesta a la salud de los sujetos, llevándola al plano de una concepción de proceso en permanente cambio. (p. 46 a 47)

c) Concepción posmoderna: Vergara Quintero (2007) destaca en este apartado la recuperación del lenguaje, la historia y la pragmática como necesarios para comprender la realidad considerando la salud y la enfermedad como el resultado de una construcción social realizada por los sujetos en interacción con su medio. Retoma las relaciones causales, teniendo en cuenta las significaciones del sujeto, aunque puede llegar a oponerse al causalismo. Para dar cuenta de esta concepción la autora opta por Foucault en cuanto a cómo las relaciones de poder y saber delimitan los discursos y las prácticas de los sujetos. Se vincula a su vez con el post estructuralismo debido a que toma en cuenta las estructuras del lenguaje más que las estructuras sociales (p. 47)

Según lo demarcado la salud y la enfermedad como proceso, adquieren un matiz unido al lenguaje y a la significación para los sujetos, sin embargo la postura tiene críticas en cuanto al extremo relativismo de sus postulados, debido a que todo queda en la estructura del lenguaje. Esta postura, salvando los extremos a los que puede llegar, se aproxima al proyecto de investigación en cuanto a la comprensión del proceso salud enfermedad, con la diferencia de que el posicionamiento de la investigación no se ubica en el pensamiento plenamente posmoderno.

2.1.1.3 Debates en torno a la categoría salud:

Las concepciones de salud se encuadran en el marco del posicionamiento de la investigación debido a que las diferentes visiones abren el debate en torno a la categoría, haciendo viable su lectura desde distintos referentes teóricos los cuales pueden ubicarse en los puntos planteados por Vergara Quintero (2007). Los autores en debate serán: Laurell (1981) y De Souza Minayo (2009) a fin de dar cuenta de posturas referentes para la visión de salud del presente trabajo.

La autora Laurell (1984), desde un punto de vista crítico y marxista, toma la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. La base de sus conceptualizaciones es que la salud y la enfermedad remiten a las condiciones materiales de reproducción, por lo que se aleja de las concepciones biológicas planteadas en el modelo tradicional expuesto por Vergara Quintero (2007). El eje se encuentra en las relaciones de producción vinculada directamente con la salud. Incluye en el análisis la necesidad de la cultura y de las relaciones de producción como generadoras de formas de pensar, sentir, actuar y expresar determinaciones de grupo o clase, dando como resultado una forma de enfermar particular. Laurell (1981) en su artículo titulado, *La salud-enfermedad como proceso social*, refiere que, la comprobación empírica del carácter

histórico de la enfermedad estaría dada en el proceso de la “colectividad humana” (no en el caso clínico, sí en el modo característico de enfermar).

En relación a lo expuesto indica: “(...) al existir una articulación entre el proceso social y el proceso de salud y enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial en que cada uno de los grupos se inserta en la producción y se relaciona con el resto de los grupos sociales” (p.5). Destaca que esta articulación cambia según el momento histórico por lo tanto se acerca la postura de la autora a la propuesta en la segunda concepción de Vergara Quintero (2007), al considerar la historia y las características de la cultura como fundamentales para el estudio y la comprensión del proceso salud-enfermedad en los sujetos.

En otro de sus trabajos denominado, *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad*, Laurell (1981) refiere dos visiones, una centrada en el modelo médico hegemónico y otra corriente denominada de medicina social o salud colectiva. La primera se basaría en el biologismo, el positivismo, el funcionalismo, siendo a-histórico y centrándose además en los estilos de vida, mientras el segundo se caracterizaría por la toma de los cambios sociales a través de la historia (p. 2). Esta línea de pensamiento es seguida por la escuela crítica de Brasil, quienes desarrollan propuestas de investigación basadas en la salud colectiva, el carácter social del proceso salud-enfermedad y el correlato metodológico para su investigación.

Entre las características que destaca Laurell (1981) en el artículo citado se encuentra: la historicidad de las causas, la determinación social jerarquizada (lo social es imprescindible para explicar lo biológico y lo psicológico) y la historicidad de los procesos biopsíquicos, los cuales tienen un substrato material, dejando de lado las concepciones naturalistas y a-históricas, proponiendo así un estudio del proceso salud enfermedad situado y delimitado por una multiplicidad de factores, así el proceso salud-enfermedad adquiriría formas históricas y contextuales específicas (p. 3, 4). Continuando con la pauta propuesta por Vergara Quintero (2007) la postura de Laurell (1981) se ubica en el segundo momento histórico expuesto en cuanto busca las mediaciones culturales y sociales, alejándose de la primer postura médica tradicional y aproximándose hacia algunos puntos de la tercera, haciendo hincapié en análisis en torno al poder.

Por otra parte, en el marco de la salud colectiva mencionada como línea opuesta al modelo médico hegemónico, se toma como referente a De Souza Minayo (2009), quien en su libro *La artesanía de la investigación cualitativa*, refiere el estudio del proceso salud-enfermedad desde las diferentes teorías sociales y cómo se vinculan a la noción de salud. Destaca el estudio del proceso salud-enfermedad desde dos posturas: el positivismo y el funcionalismo, donde el

concepto de salud queda unido a lo biológico, relacionado con lo social a través de las ideas de equilibrio y desequilibrio individual, llegando a considerar la enfermedad como “conducta desviada”, el criterio que prima es que la sociedad es quien delimita la desviación.

La autora De Souza Minayo (2009) destaca la concepción de salud-enfermedad tomada como hecho individual, la omnipotencia de la medicina, el poder médico, la visión subalterna y de complemento de otras disciplinas y el menosprecio por las manifestaciones de la población en relación al proceso salud-enfermedad, quedando así descalificado cualquier tipo de medicina que no tuviera una base científica ni fuera consensuada y legitimada por la corporación médica. (p.73) La autora coincide con Vergara Quintero (2007) y Laurell (1981) al considerar dentro del modelo tradicional al positivismo como la base donde se asienta el modelo médico hegemónico, constituyéndose en el pensamiento dominante hasta los años cincuenta, el cual continúa vigente, pero con líneas de pensamiento paralelas que se constituyen en su contrapeso.

Por otra parte, siguiendo una postura opuesta al positivismo y al funcionalismo, plantea los abordajes comprensivos, que resultan ser opuestos a lo presentado en el párrafo precedente. Dentro de este abordaje se reconoce al Otro y su vivencia en el marco de su contexto, privilegiándose lo subjetivo y centrándose el estudio en realidades a pequeña escala, es decir, no busca generalizar causas y consecuencias sino respetar la diversidad y la manifestación singular del proceso salud-enfermedad.

Destaca que existen tres representaciones básicas del proceso salud-enfermedad a las que denomina como: bien económico, conquista individual y salud colectiva en la cual se posiciona, la última coincide con la propuesta de Laurell (1981) dado a que visualiza la salud como un derecho colectivo producido por el cambio de las condiciones de vida y trabajo, unido al modo y a las relaciones sociales de producción. El análisis y estudio del proceso salud-enfermedad es realizado por De Souza Minayo (2009) desde diferentes visiones teóricas que dominan el pensamiento de una época estableciendo los parámetros desde los cuales los profesionales pueden analizar la realidad para la intervención y la investigación en salud.

Por último no puede dejar de mencionarse la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, quienes versan definiciones que pueden considerarse como “genéricas, generalizables y a-históricas” éstas son tomadas como referencia general para su posterior adaptación a los diversos programas y directivas internacionales en materia de salud, tema que será abordado en el tercer apartado de este trabajo.

Considerando las tres expositoras, es posible observar el posicionamiento diferencial desde el cual se sitúan para dar cuenta del proceso salud-enfermedad. Desde un punto de vista histórico, ideológico y posicionado desde la teoría social, las propuestas buscan desde diferentes aristas dar cuenta y coinciden en que ver el proceso salud-enfermedad desde una visión biológica es reducir y simplificar un fenómeno complejo. Por lo tanto en la investigación se toman las diferentes posturas refiriendo la vinculación estrecha con lo social, no como factor unicausal de lógica simple, sino como la complejidad implicada en el estudio del proceso dada por las múltiples dimensiones que lo conforman. Es así como las diferentes autoras estudian el proceso salud-enfermedad otorgando una visión de la singularidad propia de un contexto histórico, social y productivo determinado.

Cada propuesta retoma líneas diferentes que en ocasiones pueden llegar a ser complementarias y en otras no, pero en sí, constituyen un mapa de coordenadas para el abordaje de la salud como tema de investigación, dotan así de elementos para aproximarse al proceso con herramientas diferenciales, ampliando de esta manera las tablas de escucha de cara a la realidad. La ubicación histórica permite comprender los cambios en las conceptualizaciones y desde la teoría social es posible retomar y revisar las prácticas históricas y actuales en relación al proceso salud-enfermedad. Los aportes de las ciencias sociales brindan un posicionamiento en cuanto a cómo la relación entre las ciencias sociales y salud se ha dado a través del tiempo.

La delimitación de los referentes se vincula a la necesidad de no quedarse solo con un punto de vista, sino poner en la mesa de diálogo a diferentes teóricos de las ciencias sociales que desde sus posturas estudian de manera general el proceso salud-enfermedad; dando cuenta de la necesidad de tener una multiplicidad de posturas para poder observar la realidad. En este apartado se dieron a conocer diferentes líneas para analizar el proceso salud-enfermedad en general, a continuación se retomará una breve síntesis para pasar a un segundo nivel de análisis de la categoría salud mental la cual tiene diferentes visiones y puntos de vistas para ser abordada.

2.1.1.4 Análisis y posicionamiento

En el apartado desarrollado se trabajan diferentes modelos de estado y cómo en ellos se gestan las políticas de salud y salud mental, para luego vincularlo con tres concepciones generales de salud que permiten delimitar lo más relevante de cada criterio, cerrando con distintas

posturas en debate sobre la categoría salud. A modo de análisis cada postura imprime una visión particular de la salud; la presente investigación se adhiere a una noción comprensiva de la salud, retomando para ello los postulados de De Souza Minayo (2009), lo cual se vincula con el posicionamiento asumido para la construcción del objeto de estudio propuesto. Por otra parte el análisis histórico contextual, permite el acercamiento a las características sociales que marcan las prácticas y los discursos de la población atendida, como en este caso son las mujeres madres. Por lo tanto los tres apartados, se complementan en tanto refieren históricamente la salud y las acciones en torno a ella en el debate político y social y las formas diferentes de estudiarla.

Con respecto al trabajo social, el análisis y posicionamiento se basa en la postura inicial propuesta en la problematización realizada, es decir, se considera que el trabajo social responde en el campo de la salud mental a un esquema de intervención y de investigación propiamente funcionalista, relacionado a la adaptación del sujeto que presenta el problema de salud a su entorno. El posicionamiento propuesto desde un inicio se centra en la recuperación de la palabra del sujeto como constructor de su historia, por lo que toma directamente la propuesta de De Souza Minayo (2009) a manera general y como forma de obtener una mirada comprensiva del proceso salud-enfermedad.

La recuperación de diferentes posturas y lecturas son necesarias para el trabajo social debido a que retoma y media conceptos de otras disciplinas y de posturas diferentes, el debate es necesario en cuanto permite el conocimiento de diversos caminos posibles a tomar de manera fundamentada, permitiendo así lograr una investigación que parte de una posición producto del análisis teórico- práctico. El siguiente apartado responde a un segundo nivel de análisis conceptual dentro del cual se tuvieron en cuenta conceptualizaciones de salud mental y género de manera general, considerando las relaciones de poder.

2.1.2 SALUD MENTAL Y GÉNERO

El siguiente punto expone los debates en torno al concepto de salud mental y género. El objetivo principal es abrir el campo sobre aquellos conceptos y líneas de las categorías propuestas para establecer el marco del siguiente punto vinculado a la depresión en mujeres madres.

2.1.2.1 La salud mental: conceptualizaciones, principales teóricos y cambios históricos.

2.1.2.1.1 Aproximaciones generales a la categoría salud mental.

Se toman como referencia a desarrollar los aportes de González Fernández y Guinsberg Blanck (2009). El primer autor destaca la complejidad del término salud mental, lo que lleva a una multiplicidad de definiciones, llegando al consenso de que más allá de que la noción pro venga de la medicina ha sido retomada por múltiples disciplinas. Indica que suele emparentarse la salud mental con la locura siendo este término el que posee un recorrido histórico marcado por diferentes significados, considerando que la salud mental ya no es propia de un campo o disciplina sino que forma parte del campo social en general.

Los criterios que describen la salud mental, según Guinsberg Blanck (2009), son: el estadístico adaptativo relacionado al marco social y cultural desde el cual la salud mental es observada, con base en la noción de normalidad para evaluar las acciones, comportamientos y posturas, clasificando lo normal como aquello aceptado o usual. Ser mentalmente sano equivale a ser normal, y lo normal implica características compartidas por una población en un momento determinado, vinculando lo patológico como aquello desviado o prohibido de la norma.

El segundo es el normativo: este criterio establece la salud mental a través de valores o normas, quien salga de los mismos se encuentra en el campo de lo anormal o patológico. Los valores pueden ser determinados por la religión o la opinión pública, a diferencia del criterio anterior cabe en lo normativo la multiplicidad de grupos y sus normas. El tercer criterio a considerar para la salud mental es el evolutivo-genético centrado en el desarrollo humano, responde a lo que se espera en el desarrollo del hombre independientemente de su religión, sexo o clase. Considera las etapas de la evolución libidinal, el desarrollo cognoscitivo y la evolución de conductas. (p.20- 30)

El autor deja en claro que la salud mental es inseparable de los procesos sociales, culturales e históricos, lo que hace que la investigación propuesta se vincule a estos procesos como inherentes a los mismos, no como un proceso biológico solamente, sino como un proceso cuyo significado le será dado por el contexto en el cual se encuentra el sujeto. Citando a Guinsberg Blanck (2009) este refiere: “en cada época y en cada marco social siempre se vive de una determinada manera de acuerdo con las posibilidades que dan las condiciones geográficas, sociales, económicas, políticas entre otras. (...)” (p.44). La cita expuesta coincide con la propuesta de representaciones que indica que la construcción de las mismas dependerá del lugar ocupado por el sujeto en la estructura social.

Otros aportes en relación a la salud mental devienen de la historia de su contraparte, la locura, ésta es estudiada en distintas épocas adquiriendo un significado en cada periodo y contexto, ya sea vinculada a la teoría humoral griega, a su procedencia divina, a la brujería o al tratamiento moral, la locura siempre tuvo un lugar dentro de las sociedades. La enfermedad mental deviene con el nacimiento de la clínica fundada en la razón, donde se dejan de lado las explicaciones que antiguamente le dieron un lugar a la locura. El pensamiento psicopatológico comienza a desarrollarse en el siglo XVIII y XIX cuando se comprende la locura encuadrada en la razón. Las líneas de pensamiento dejan significados y pautas que cruzan el tiempo llegando a la actualidad, aunque la ciencia y el conocimiento avance el imaginario social conserva elementos de antigua data.

Se suman, a lo presentado, los aportes de Custo (2008) debido al tratamiento que le otorga a la salud mental como categoría, indicando que posee una multiplicidad, de definiciones y de enfoques epistemológicos y teóricos. Establece la existencia de una lucha en donde entran en juego lo que se considera sano y lo que será lo enfermo en relación a la sociedad y al hombre. La autora indica que toda conceptualización se encuentra sostenida por un posicionamiento ideológico, epistemológico y político, agregando lo siguiente: “definir criterios de salud y enfermedad, normal o anormal depende de las diversas culturas, del escenario social, económico y político al igual que del modo de producción y de la circulación de conocimiento (...)” (p. 19). La cita se destaca porque considera primordial el escenario social, económico y cultural pudiendo vincularse con el proceso de construcción de las representaciones sociales, al igual que la necesidad de un posicionamiento profesional desde el trabajo social.

Custo (2008) por otra parte toma una conceptualización en salud mental brindada por Pichón Riviere, quien ubicado en el plano de la psicología social, considera la salud mental unida a la relación dialéctica y flexible del sujeto con su entorno a modo de poder satisfacer sus necesidades, de esta manera la salud mental queda enmarcado en la idea de proceso. Paralelamente Custo (2008) cierra definiendo la salud mental como: “construcción y desarrollo o deterioro en las distintas prácticas sociales, en el trabajo, la vida familiar, comunitaria, en la política y en lo social (...) es un proceso resultante de las condiciones de vida” (p. 21). Con lo cual el concepto permite la vinculación con la salud mental de las mujeres en cuanto a la noción de proceso y a las delimitantes de las condiciones de vida de las mismas.

2.1.2.1.2 La perspectiva particular de Michel Foucault y las relaciones de poder: El poder disciplinario y los dispositivos de poder.

Mientras en el apartado anterior se dan distintas visiones sobre la salud mental, centrada en la idea de proceso, de contextualización histórica, social y cultural, el presente ítem se basa en las relaciones de poder que marcan el proceso. Entra en debate para tal fin la perspectiva de Foucault (1998, 2005), debido a que deja una impronta en cuanto a la noción de poder, poder disciplinario y dispositivos de poder, centrando sus estudios en el poder psiquiátrico, los discursos y las prácticas en materia de salud mental.

Foucault en sus distintos libros como *Historia de la locura en época clásica* (1998) o el *Poder psiquiátrico* editado en el 2005, delimita el transitar de la locura a través de la historia desde sus concepciones hasta sus prácticas, estableciendo como la locura luego del siglo XVIII, queda encerrada en el marco de la razón, representando lo opuesto, la sinrazón. Será el saber quién delimite lo sano y lo enfermo estableciéndose en el espacio de la medicina e institucionalizándose a través de prácticas, quedando así relegados los saberes populares sobre la locura, la razón se asocia al saber y éste entabla vínculos con el poder.

En cuanto al poder se destaca del autor la noción de dispositivo de poder, a la cual se adhieren referentes del trabajo social como por ejemplo Carballeda (2013). El poder no es considerado por Foucault (2005) ni como una forma, ni como una confluencia de formas, es algo múltiple, es un juego de fuerzas, caracteriza las relaciones de poder por la capacidad de unos para poder conducir las acciones del otro. Además de estos conceptos, Díaz (2010) distingue de la obra de Foucault las denominadas estrategias vinculadas al ejercicio de poder y las estratificaciones relacionadas a los esquemas de poder, quedando las relaciones de poder solo visibles en su ejercicio, el cual debe ser estudiado como red de sujeción de los sujetos, considerando que no hay discurso sin poder (p.78).

Díaz (2010) esclarece el aporte de Foucault en relación con el poder, al respecto indica que los dispositivos concretos serían por ejemplo: la cárcel o el hospital psiquiátrico, donde se construye una red de estratos y fuerzas que provocan discursos verdaderos (p.78). Estos aportes son retomados debido a su relación con el problema de investigación en cuanto a que el discurso que entra en el proceso de las representaciones sociales es un discurso marcado por el poder y por ciertos dispositivos, frente a los cuales la persona puede sublevarse o no. Además el saber y el poder delimitan en el contenido que será apropiado para construir la representación y que será devuelto al contexto o entorno social.

Si bien la postura de Foucault (2005) es extensa y compleja solo se retoman los aportes sintetizados a fin de brindar nociones del posicionamiento dentro de las relaciones de poder, considerando el saber, los dispositivos y el poder disciplinario como aquel establecido a partir de un discurso legitimado, que marca la pauta para las prácticas permitidas y no permitidas de los sujetos, contribuyendo a los procesos enlazados a las representaciones sociales construidas en torno al padecimiento depresivo.

Si bien el análisis de Díaz (2010) es sobre la obra en general de Foucault, la cual divide según su evolución teórica, uno de los textos de Foucault más relevantes en cuanto al estudio de la locura es *El poder psiquiátrico* del 2005 el cual da cuenta de la función del discurso y cómo el mismo controla el poder de los sistemas disciplinarios, al respecto indica: “es el discurso y la introducción de todos los esquemas de individualización, normalización y sujeción de los individuos dentro de sistemas disciplinarios como la familia (...) a partir del cual será posible describir y definir los procesos de poder” (p.111). Con esta cita el autor nos sitúa en el poder del discurso como elemento disciplinador, considerando la familia como el principal referente para el ejercicio del mismo, se toma este aspecto debido que las representaciones sociales se vinculan al discurso y su poder.

Otro de los aportes tomados de Foucault (2005) es su referencia al lenguaje en relación al poder, existe para él un lenguaje que debe ser re-aprendido por los sujetos, el cual según las palabras del referente, deja traslucir la realidad de un orden, constituyéndose un poder que se impone, establecido como una ley y que se imprime en los sujetos determinando la línea entre lo sano y lo enfermo. Es analizado este aspecto debido al poder que ejerce el lenguaje en las mujeres, delimitando en gran medida su accionar cotidiano y estructurándose como mandatos sociales y culturales naturalizados por las mismas.

Los aportes de Díaz (2010) y los de Foucault (2005) constituyen parte del posicionamiento de la investigación, porque complejizan la idea de salud mental, alejándose de concepciones simplificadas para transformarse en un juego de relaciones donde el poder disciplinario, y la función del lenguaje y el discurso son trascendentales. Entra en el debate en la construcción de las representaciones sociales del padecimiento depresivo realizado por las mujeres madres, el poder como una impronta imposible de subestimar cuando se habla de enfermedad mental. Queda planteada así la necesidad de analizar el poder en el proceso de construcción de las representaciones sociales, motivo por el cual aparece de manera transversal, cruzando el proceso representacional, debido a que marcaría las relaciones establecidas entre las diferentes categorías

propuestas en la problematización, si bien la investigación no se centra en el análisis del poder, si se considera necesario hacer una lectura transversal del mismo.

A continuación se desarrollan de manera general diferentes concepciones en cuanto el estudio de la salud mental en las mujeres, considerando para ello de manera inicial a la autora Stolkiner (1988) para luego dar cuenta de diferentes perspectivas propuestas desde campos disciplinares específicos. El objetivo del planteo de estas concepciones es aproximarse a la relación entre la salud mental y el género a partir de estas visiones generales, las cuales serán posteriormente analizadas

2.1.2.2 La salud mental y el género: Una mirada general

Los aportes de Stolkiner (1998) permiten encuadrar diversas miradas a través de la historia, las cuales coexisten en la actualidad, a la vez que dan cuenta de diferentes maneras de analizar la salud mental en las mujeres vinculándola con el accionar profesional del trabajo social de manera general. Las diferentes concepciones son:

a) Liberal clásica: se basa en el positivismo, el cual se corresponde con el modelo médico hegemónico, donde sus acciones estaban dirigidas a curar, siendo el sujeto un elemento pasivo en la atención. El criterio básico era considerar la enfermedad mental como una desviación de la norma, con cierto sesgo moral, mientras que la asistencia brindada era de tipo manicomial. Se vincula con el modelo psicopatológico, que considera que cierto grado de locura acompaña a las mujeres. Los problemas de salud giran en torno al ciclo reproductor de la mujer (menstruación, embarazo, menopausia) por lo que consta de principios biologists, la lectura de la enfermedad es a-histórico, a-social y esencialista. Se basa en un criterio dualista salud-enfermedad. Bajo esta idea matriz, la acción social en trabajo social la llevaban a cabo las Visitadoras de Higiene Mental, quienes actuaban como agentes educadoras trabajando con el caso social individual. (p.32)

b) Desarrollista: es sostenida por la acción de un equipo multidisciplinario, la concepción es tecnocrática, implica una planificación normativa y centralizada de las acciones. De esta visión surge la psiquiatría dinámica, los servicios de psicopatología en los hospitales y la salud mental comunitaria en cuanto a la prevención y trabajo con la población. En lo referido a la salud de la mujer se vincula con la llamada orientación emotivo-sensible, esta marca que la

mujer se encuentra saludable mientras pueda mantener la armonía y el equilibrio emocional de aquellos que la rodean, la salud se equipara a equilibrio y armonía de los otros. Los problemas deben ser solucionados y la mujer debe buscar satisfacer las necesidades de los miembros de la familia, debido que por ser mujer tiene una sensibilidad especial para detectar las emociones y las necesidades de los demás, así como también la capacidad de responder adecuadamente a las demandas. Los equipos tienden en este periodo a ayudar en la resolución de conflictos a favor del equilibrio. En este periodo el trabajo social actúa en el ámbito comunitario y comienzan a tener mayor importancia las variables sociales y culturales para la acción en salud mental, desarrollándose el trabajo en grupos y con familia. (p.40)

c) Participativa: la tercera concepción marcada por Stolkiner (1988) reconoce la necesidad de una atención integral de la salud y concibe al sujeto como sujeto social activo, implica la colaboración de equipos transdisciplinario y se consideran las variables culturales, históricas y sociales en el proceso tratando de trabajar en consecuencia. Dentro de esta línea tiene lugar la orientación tensional-conflictivo, referida al campo de la salud de la mujer, donde se marca que la salud mental se encuentra asociada al enfrentamiento de los conflictos, basándose en la noción de crisis que conllevan a cambios en la salud mental. (p. 48)

El modelo examina, reconoce y denuncia las condiciones de vida que provocan determinadas formas de enfermar en las mujeres. Se fundamenta en la necesidad de la conformación de un espacio social donde las mujeres sean consideradas como sujetos y en ello basen la construcción de una subjetividad femenina, el fundamento es que muchas mujeres viven bajo condiciones opresivas que producen y reproducen en su vida cotidiana. Stolkiner (1988). La acción del trabajador social se centra en una acción integral sobre las problemáticas existentes, desde la singularidad y vivencia de cada persona en relación con su problemática. Teniendo en cuenta estos aportes la investigación se encuadra en esta concepción debida al trabajo con la singularidad relacionada con lo contextual. Este punto se constituye en el primer acercamiento a la salud mental en las mujeres en su relación con el trabajo social; a continuación se explicará sucintamente cómo es abordada la salud mental desde diferentes disciplinas que se vinculan a su vez con el trabajo social.

2.1.2.3 Debates en torno a la salud mental de las mujeres desde diferentes campos disciplinares: El trabajo social, la psicología, la medicina y la sociología.

Se observa a nivel conceptual, que existe una multiplicidad de teorías que dan cuenta de la categoría salud mental y género, ubicadas en distintos marcos disciplinares. Se encuentran aportes desde trabajo social, medicina, psicología y sociología, estas disciplinas han desplegado, desde sus frentes, líneas de encuentro y desencuentro entre sí. Sin embargo y a fines prácticos se toman aquellas vinculadas o llevadas al plano de salud mental.

2.1.2.3.1 Trabajo social: La intervención profesional en el campo de la salud mental

El trabajo social ha incursionado en este campo desde larga data, ello lo refiere la extensa bibliografía existente en torno al denominado trabajo social psiquiátrico y al trabajo social en salud mental. Al respecto cabe destacar que la bibliografía referida al trabajo social psiquiátrico, como es el caso de Rosa Becerra (1977), quien establece la intervención profesional pero desde la visión de ayuda, con un accionar complementario de las demás disciplinas que intervienen en el campo como lo es la psiquiatría, la medicina y la psicología, la perspectiva seguida por la autora es marcadamente funcionalista y de corte asistencial.

Más allá de esta propuesta histórica del deber ser del trabajador social en el espacio psiquiátrico, con el trascurso de los años surgieron propuestas en salud mental que ubican la profesión en igualdad de capacidades de intervención y análisis que las demás disciplinas del campo. En esta línea se encuentran obras escritas desde fines del siglo pasado y comienzos del presente, donde la labor del trabajo social incorpora elementos de la línea sistémica, tomada para el trabajo familiar. Las nuevas propuestas destacan el trabajo social como disciplina que puede trabajar en salud mental desde la prevención, promoción, atención en los distintos niveles de atención en salud mental. Estos aportes se centran nuevamente en el paradigma funcionalista, pero la impronta que marcan es que otorgan herramientas para el trabajo cotidiano, por su carácter instrumental.

Otra línea importante dentro del trabajo social se centra en la relación y el accionar en el campo de intervención desde una perspectiva de análisis teórico y crítico más cercano a la sociología, como es el caso de Carballeda (2013) y Karsz (2007) quienes proponen debates desde una visión vinculada a la propuesta de Foucault y de Althusser. Las diferentes obras de los referentes proponen cambios y desarrollos de perspectivas que permiten el debate en torno al posicionamiento teórico e ideológico para trabajar en el campo de la salud mental. Tanto Carballeda

(2013) como Karsz (2007) abren espacio, desde la recuperación del discurso y la importancia de las representaciones sociales y la historia, al trabajo con el género desde la disciplina.

2.1.2.3.2 La medicina: La psiquiatría, sus principales líneas o visiones.

La salud mental de las mujeres vista desde la psiquiatría ha sido uno de las líneas más criticadas por la tendencia a la psiquiatrización y medicalización del malestar de las mujeres. Puede observarse el nivel de psiquiatrización actual con la nueva edición del manual diagnóstico de las enfermedades mentales DSMV, debido a que consideran como patológicos hechos biológicos de las mujeres, determinando de este modo su correspondiente tratamiento. De igual manera que otros manuales de psiquiatría, no realizan diferencias en torno a las manifestaciones de ciertos padecimientos dependiendo del género; además señalan enfermedades infantiles, como la esquizofrenia, causada por marcada incidencia del rol materno ejercido por la mujer a quien consideran como “madre esquizofrenizante”. Lo planteado refiere a su vez un modelo dentro de la salud particularmente funcionalista y con una tendencia a estereotipos de género del siglo pasado.

Sin embargo dentro de la psiquiatría se encuentran corrientes que trabajan desde una perspectiva de género, de manera particular en su vinculación con la psicología o trabajos a nivel interdisciplinario, espacios donde se reconoce la problemática particular de la mujer estableciendo la singularidad de la atención y no solo la medicalización para la desaparición de síntoma.

2.1.2.3.3 La sociología: Aportes al plano de la salud mental, la especificidad del género.

En el campo de la sociología, Velazco Arias (2009) plantea la existencia de diferentes corrientes que tratan la relación entre el proceso salud enfermedad mental y el género, al respecto diferencia: las teorías sobre la salud en el siglo XX, la teoría sociológica y la epistemología feminista. Las relaciones propuestas por la autora se basan en el entrecruce de lo propio de la salud como: el paradigma biomédico, las teorías críticas y la sociología con los debates feministas desde sus principales corrientes teóricas. De esta relación de aportes entre salud y género parten las vinculaciones realizadas en la investigación, es decir, es posible retomar la línea de las representaciones sociales, del proceso salud enfermedad mental y vincularla con las líneas sociológicas de los estudios del género.

De igual manera en el campo de la epistemología surgen los aportes de las teorías feministas del punto de vista, el empirismo feminista y el pos-modernismo feminista. Para el caso puntual del trabajo, la teoría del punto de vista es quizás las más cercana a ser considerada como

herramienta para trabajar con el problema. Por otra parte la autora Fátima Flores Palacios (2010) realiza una relación entre la categoría representaciones sociales y las teorías del punto de vista, vinculándose al proceso salud enfermedad y a las diversas maneras de significar el mismo, relación que será desarrollada en los próximos apartados.

2.1.2.3.4 La psicología: El psicoanálisis en el estudio particular del género.

Las referentes a tomarse en cuenta dentro de la línea de la psicología y el género, son Burín (1990), Meller y Emilce Dio Bleichmar (1996), quienes retoman la psicología vinculándolo con el género y los elementos familiares y sociales. Las autoras trabajan lo que denominan el *malestar* de las mujeres, el cual es producido por las condiciones culturales en las que encuentran las mismas. Las investigadoras analizan la medicalización de dicho malestar, criticándolo debido a que solo tiene como meta hacer funcional a las mujeres a su contexto inmediato. La perspectiva se aleja de las concepciones biologists para acercarse a los elementos subjetivos y culturales anclados en contextos y periodos históricos determinados.

Desde la psicología existen otros enfoques, como el psicoanálisis freudiano, que le otorga un significado diferente al ser mujer y al hecho de ser madre encontrando autoras como Nancy Chodorow (1982) quien, si bien basa sus contribuciones en el psicoanálisis, trabaja la maternidad en su relación con la sociología. Chodorow (1982) desde la psicología en relación al género, considera que no existe el instinto materno sino que existe una construcción cultural de la identidad de la mujer la que a su vez se une con su salud y la maternidad, vinculándose de esta manera con la sociología.

Por otra parte los aportes freudianos, puede llevar a cerrar la vinculación teórica con el riesgo de caer en líneas que no son pertinentes a la disciplina. En su mayoría las autoras feministas desde la psicología, trabajan el proceso salud enfermedad mental dentro de un contexto social y cultural donde se encuentra la mujer, aunando las expectativas del ideal materno con el ideal del yo y la conformación de la identidad de las mujeres.

2.1.2.4 Síntesis de los principales debates.

El apartado presentado da cuenta de diversas perspectivas y concepciones partiendo desde un marco general de la salud mental y su relación con el poder como base para ingresar a la unión de la categoría salud mental con la de género y el accionar del trabajo social. Existen autoras

dedicadas a este tema en particular que comienzan sus desarrollos teóricos a partir de los años 80 cobrando auge en la década del 90. Lo importante de los estudios es la vinculación con los elementos históricos culturales y contextuales realizado por las autoras citadas, postura a la que se adhiere la investigación, cobrando relevancia el lenguaje y la recuperación de la subjetividad como aporte de varias de ellas. Si bien la selección fue variada esto responde a la necesidad de establecer marcos conceptuales flexibles que permitan el diálogo con diferentes miradas sobre el fenómeno, debido a que el mismo se presenta en la interrelación de múltiples factores para los cuales los aportes se constituyen en una red de comprensión e interpretación.

2.1.3 EL PADECIMIENTO DEPRESIVO EN LA MUJER MADRE

2.1.3.1 La depresión como enfermedad y padecimiento

La depresión como categoría está vinculada directamente al objeto de conocimiento, siendo su forma de manifestación la que se presenta ante los ojos del observador. Sin embargo, quedarse solo en la manifestación lleva a la búsqueda de causas y determinantes explicativas inmediatas. En el campo de la intervención las manifestaciones son tenidas en cuenta dada la emergencia en la resolución de lo problemática, lo cual no significa que el profesional solo actúe sobre la evidencia, sino que debe tener un cúmulo de conocimientos que le permita actuar sobre la manifestación, pero en cuanto a la comprensión de la lógica que subyace al proceso de salud enfermedad mental.

Esta categoría, depresión, es conceptualizada principalmente desde el positivismo, elaborada desde este punto de vista, implica una descripción detallada de síntomas que hacen visible su presencia en los sujetos. Es definida, según la OMS, como un: “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”, estos son considerados de manera general para identificar sus manifestaciones clínicas. Como es posible observar queda establecido el criterio médico clínico como eje, si el profesional analiza su presentación de forma aislada se queda con la manifestación del problema. Los factores culturales, sociales o de género son observados como factores de riesgo o como condicionantes, más la enfermedad suele ser analizada sin estas consideraciones, centrándose principalmente en la sintomatología y la evidencia, esta

visión constituye la base de las teorías funcionalista y sistémica, estas líneas no dan cuenta de elementos enlazados a la conformación o construcción de la depresión, uniformando la terapéutica y abordaje profesional.

Otras perspectivas teóricas se alejan de estas descripciones acercándose hacia la noción de padecimiento, este concepto implica al *otro* en el proceso de conocimiento, su contexto, su historia, su devenir social y el análisis en función de la clase social. Estas líneas no dimensionan la enfermedad como eje de estudio, sino al sujeto histórico portador de un padecimiento visto desde una totalidad, delimitada por una compleja red de interrelaciones.

Dentro de esta postura, pueden destacarse los aportes de Fernández Rivas y Ruiz Velasco (2005) quienes indican: “los trastornos depresivos no presentan una trayectoria individual sino histórica, relacionándose esta historia no solo con la biografía de quien la padece, al lado de su familia, sino que se asocia a las situaciones económicas, políticas y sociales de cada época. (...) entre ellos el desempleo y la pobreza (...)” (p. 24). Se destaca esta cita debido a que ubica la depresión de manera general para aproximarnos a lo que los estudios sobre la depresión en las mujeres, las autoras asocian la depresión con diferentes factores, si bien la investigación trata de trabajar con una línea no tan determinista como es la visión de los factores, es necesario tener este punto como referencia debido a que incluye las situaciones sociales de una época.

Si se considera la depresión como una enfermedad desde su sintomatología, se cierra su análisis a una visión que observa lo superficial de la aparición del fenómeno y a la búsqueda de sus relaciones causales, donde lo social será considerado como factores en función de ser condicionantes, analizados con posterioridad o como complemento de lo biológico. Si se retoma la depresión como padecimiento, lo superficial es solo una pequeña muestra del ser histórico, visualizado e inseparable de la totalidad de la que forma parte, la visión se abre a la indagación paulatina de entender la lógica de las mediaciones y conexiones que la conforman. Lo planteado no se haría a fines de explicar de manera causal o lineal el fenómeno, sino, como se ha venido mencionando, dar cuenta de la lógica productora y reproductora del mismo.

A fines de la investigación las conceptualizaciones positivistas, funcionalistas o sistémicas, no pueden ser abandonadas dado que las instituciones, los programas y la sociedad consideran estas conceptualizaciones para representar el quehacer del día a día, habiendo sido articulados al lenguaje cotidiano. Por lo mencionado el punto de vista comprensivo para el abordaje del padecimiento trata de visibilizar el proceso o trayectoria social vinculada al mismo.

2.1.3.2 La depresión en las mujeres: Las diferentes conceptualizaciones del padecimiento y sus implicancias.

La autora Desatnik Miechimsky (2005) postula una serie de premisas entre género y depresión; al respecto considera que la depresión responde a los mandatos de género diferenciales para hombres y mujeres, al respecto indica: “para las mujeres se estable la prohibición de la independencia, la necesidad de agrandar a otros, inhibición del enojo, necesidades personales en segundo plano, asumir demasiada responsabilidad por el bienestar físico y emocional de otro y la propensión a aceptar la culpa” (p. 67). Refiere que la depresión en las mujeres en parte se gesta en la necesidad de cumplir con lo socialmente estipulado, con las expectativas de género asociando la depresión a las relaciones conflictivas de pareja, mas no reseña ningún aspecto vinculado a la maternidad como lo harán otras posturas.

La postura de Burín, Moncarz (1990) y Velazco Arias (2009), presentan los estados depresivos de las mujeres asociados a los roles de género y a las relaciones de poder intergénero. Una de las nociones presentadas es observar la depresión en la mujer no como una estructura clínica sino como un proceso de construcción, al respecto marcan: “(...) vamos construyendo nuestra salud mental de acuerdo con ciertos procesos históricos, económicos, a través de múltiples entrecruzamientos que la van configurando” (p.82). El proceso por otra parte se ve influenciado por la denominada moral materna que imprime características emocionales y de receptividad a las mujeres como si fuesen inherentes y naturales en las mismas, a lo que se suma la moral doméstica en torno a las actividades del mundo privado realizadas por las mujeres y vistas de igual modo como propias.

Como es posible observar las mujeres, según las autoras, disputan su salud mental en medio del cumplimiento de diferentes roles como lo es el maternal, el de esposa y el de ama de casa, los cuales debe ejercer basándose en las características pautadas por Deranick Miechimsky (2005), como de docilidad, servilismo e inhibición de la agresividad. La aseveración de las autoras es que los roles tradicionales ejercidos por las mujeres pone en riesgo su salud mental orillándolas a la depresión. Lo mencionado es central en el planteamiento del proyecto estableciendo a lo que se suma el proceso representacional y las relaciones de poder, en la particular construcción realizada por las mujeres.

2.1.3.3 La delimitación de factores psicosociales, la maternidad entre ellos: Los diferentes estudios.

En cuanto al recorrido histórico de los estudios en torno al padecimiento de las mujeres se destaca el paso desde aquellas visiones centradas en lo biológico hormonal de las mujeres y como las mismas comienzan a cambiar a la consideración de factores psicosociales que delimitan la aparición del padecimiento. Si bien continúa existiendo la visión biológica propia de la psiquiatría, las visiones psicosociales han cobrado importancia en cuanto a considerar el padecimiento como confluencia de factores acercándose a una perspectiva de construcción del padecimiento. Los artículos tanto internacionales como nacionales dan cuenta del estado de las investigaciones en torno al tema, comenzando de manera general por puntos centrados en la depresión y el género, con un predominio de estudio de tipo cuantitativos.

El artículo español denominado *Relevancia de las variables socio-demográficas en las diferencias de género en depresión* de Matud (2006), marca que aun cuando la depresión es mayor en mujeres aún no se logran establecer las causas de este aumento. El estudio documentado es de tipo descriptivo trasversal siguiendo un enfoque cuantitativo, da cuenta del aumento del padecimiento en mujeres mayores de 34 años, casadas con hijos más que en las solteras, sin hijos del mismo grupo de edad. Destacando que el modelo biomédico acentúa la diferencias de la aparición del padecimiento en mujeres a causa de los factores genéticos, hormonales, anatómicos y fisiológicos, centrándose el malestar de las mujeres principalmente en sus hormonas más que en otro tipo de factores. Frente a lo expuesto la autora antepone una visión biopsicosocial que considera los factores de riesgo, externo a las hormonas, que pueden provocar la depresión, haciendo hincapié en procesos económicos, culturales, sociales y políticos que marcarían la diferencia en la salud mental (p. 10-11)

Matud (2006) menciona diferentes trabajos realizados en EE.UU donde se considera que la mujer expresa su malestar con mayor frecuencia que los hombres, siendo éste uno de los factores por lo que se presenta una mayor búsqueda de atención. Sin embargo considera que no es un factor determinante como lo podría ser el hecho de que la mujer se encuentra en desiguales condiciones de poder y estatus social por lo cual presenta mayor vulnerabilidad. Se refiere además a la denominada indefensión aprendida, la cual es una pauta de crianza instaurada desde la infancia y que genera mayor vulnerabilidad en las mujeres, lo cual se vincula a una mayor discriminación social, legal y económica, además que se ha comprobado empíricamente que el

casamiento y los hijos aumentan el estrés de las mujeres por todo lo que implica la relación de pareja y la crianza (p.10).

Se destacan a nivel nacional los estudios del Instituto Nacional de Psiquiatría Raúl de la Fuente, donde se trabaja la detección y tratamiento de la depresión particularmente de las mujeres a través de un programa denominado *¿Es difícil ser mujer?*, en el mismo se trabaja desde una línea cognitivo conductual vinculada a la psicología y a través de grupos las principales problemáticas que llevan a la mujer a la depresión. La autora Lara Cantú (1993) en su trabajo: *Masculinidad, feminidad y salud mental, importancia de las características no deseables de los roles de género* refiere como diferentes estudios atribuyen la masculinidad al hombre y la feminidad a la mujer, rebatiendo los mismos debido a que considera que los factores debían tomarse independientes del sexo de quien los portara. Posteriormente da cuenta de los roles de las mujeres y su asociación con la depresión, debido a que se reporta un aumento en las mujeres más significativo que en los hombres.

El estudio propuesto por Lara Cantú (1993) fue de corte cuantitativo, con un muestreo multietápico, estratificado por nivel socio-económico, cuyos instrumentos fueron: una escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos, el cual consta de 20 reactivos diseñada para estudios exploratorios, donde se consideran síntomas depresivos, sentimiento de culpa, incapacidad y desesperanza, pérdida de apetito etcétera. Los roles de género se evaluaron con otra escala denominada Escala de Características de Personalidad Masculina y Femenina, validada en México, la cual consta de 40 reactivos. Se destaca de este estudio el uso de escalas para la medición de roles de género en su comparación con la masculinidad la feminidad y la androginia.

Por otra parte los investigadores Lazarevich y Mora-Carrasco (2008) en su trabajo *Depresión y género: factores psicosociales de riesgo*, destacan al igual que los investigadores anteriores la mayor frecuencia de aparición del padecimiento en mujeres, revelando que no puede dissociarse la aparición de los contextos sociales en los cuales ocurre, destacan los cambios ocurridos en las últimas décadas asociándose a los producidos por la incorporación de la mujer al mercado laboral y las modificaciones producidas nivel de roles y dinámicas familiares. El trabajo presentado por la autora si bien es de tipo documental otorga pautas sobre diferentes factores que generan depresión como el cambio de roles, la pobreza, la globalización y la migración. (p.16-17)

2.1.4 SÍNTESIS

A modo de síntesis general de la parte uno del marco conceptual se delimitó en diferentes niveles que van desde la mención de la salud en el marco político histórico nacional para cerrar en un nivel próximo a la investigación como lo es la depresión en las mujeres madres de manera general. El recorrido a través de las distintas clasificaciones partió desde las generales en torno a la salud, para ir a las particulares de la salud mental y llevarlas hacia aquellas cercanas a la salud mental en las mujeres, dándose de esta manera una visión lógica de apartados incluyentes.

El objetivo del apartado es dar cuenta de diferentes debates y posturas para el acercamiento a la complejidad del problema de investigación, así como la necesidad de conocer diferentes propuestas a fin de debatirlas y tomar un posicionamiento fundado frente al proceso. La siguiente parte se centra en el estudio de la cultura y el género como plano general, para ir bajando a espacios empíricos; se cierra la primera parte con la importancia de la cultura, la historia y el género en la construcción del padecimiento depresivo para enlazarlo a la siguiente línea categorial.

PARTE 2 LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DEL GÉNERO, LA INTERRELACION CON LA SALUD Y LA SALUD MENTAL

2.2.1 CULTURA Y GÉNERO

En el presente apartado se establece la relación entre la categoría general delimitada como cultura y su vinculación con la categoría género a fin de dar cuenta de las implicancias teóricas entre las mismas para la investigación. La secuencia se establece desde los principales conceptos en torno a la cultura y género, los cuales serán llevados al plano del debate y concluir en un posicionamiento en torno a las mismas al género y la salud.

2.2.1.1 La cultura y el género: Principales caminos teóricos. Estudios de género, historia y actualidad.

Plantear la categoría cultura en la investigación implica retomar las teorías generales que brindan conceptualizaciones para dar forma al marco general en el cual se inscribirán las demás

categorías. De igual manera no podría delimitarse una única definición, sino cómo diferentes conceptos la han definido y cómo a partir de estas ellos se puede establecer el lazo con la categoría género como aspecto imbricado a la misma.

El primer autor retomado en cuanto al concepto de cultura es Clifford Geertz (2006), su aporte se vincula al considerar el mismo como un concepto semiótico, al respecto la cultura es vista por él como una trama de significación, una *urdimbre* donde el análisis se debe centrar en la búsqueda de significaciones. Indica que la cultura no se encontraría en la cabeza de alguien, la cultura es pública porque su significación lo es, refiere: “la cultura consiste en estructuras significativas o de significación socialmente establecidas en virtud de las cuales la gente hace cosas tales como señales de conspiración y se adhiere a estas (...) por lo que no es (...) un fenómeno psicológico” (p. 38). Con esta referencia el autor expone una noción centrada en lo socialmente establecido en los significados.

Por otra parte Geertz (2006) en cuanto al concepto semiótico de cultura, indica que puede entenderse como un sistema de interacción de signos posibles de ser interpretados, por lo tanto es un contexto donde los diferentes fenómenos acontecen y pueden ser descritos y explicados. En el sentido expuesto no serían en sí, las instituciones o modos de actuar, sino la lectura y análisis de los signos presentes en las interacciones lo importante.

Salvador Giner (2011) en su análisis sobre las diferentes teorías sociológicas refiere que el término cultura asume a mediados del siglo XX diferentes debates; uno de ellos de la mano de Talcott Parsons, quien la delimita como “contenidos y patrones de valores, ideas y otros sistemas significativamente, simbólicos creados y transmitidos en tanto factores modeladores de la conducta humana” (p.350). Puede delimitarse el claro sentido funcional del concepto al delimitarlo como factores modeladores.

La conceptualización realizada por Geertz (2006) tomada de Giner (2011) de cultura, se desvincula de la propuesta anterior, debido a que la considera como “sistema de símbolos mediante los cuales los seres humanos dan significación a su propia experiencia” (p. 351). Se marca como su principal aporte el hecho de observar la cultura desde la visión de un conjunto de estructuras de significación flexible; teniendo en cuenta la idea de sistema, el cual posee un nivel de coherencia, que se vinculará a la significación del sistema en relación a la práctica cotidiana.

Se destaca de Geertz (2006) la delimitación de la cultura en cuanto símbolo, al respecto se indica que significa tres cosas: que los símbolos son portadores de información, que son un fenómeno o instrumento de comunicación específicamente humano y que opera al modo

de un programa, suministrando patrones o modelos para organizar los modelos sociales y psicológicos. Con respecto a los símbolos, explicita que son creados, convencionales, públicos, compartidos y aprendidos siendo el significado dado por el sujeto. La crítica realizada a Geertz es su apuesta a la hermenéutica extrema, al delimitar un conocimiento local microscópico, identificar el objeto de estudio con un texto centrado en el estudio etnográfico y problemas en cuanto al método. Es necesario considerar la perspectiva de Geertz (2006) en el estudio de la cultura por los cambios que logra establecer en su forma de conceptualizarla más allá de que no sea utilizada para el estudio marca una impronta en el entendimiento del concepto en función de sus cambios.

Desde otro punto de vista, la categoría cultura es conceptualizada por Foucault (2002) quien en su obra *La hermenéutica del sujeto* la demarcada por ciertas condiciones entre las que se encuentran:

Un conjunto de valores que tienen entre sí coordinación, subordinación y jerarquía e implica que para que se hable de cultura existan valores universales pero accesibles para algunos, y para que los individuos puedan alcanzar esos valores, se requiere una serie de conductas precisas y reguladas, la última condición es que el acceso a los valores esté condicionado por procedimientos y técnicas más o menos regulados, que hayan sido elaborados, convalidados, transmitidos y enseñados (p. 179).

Según lo expresado por Foucault (2002) la cultura marca en el individuo conductas reguladas y costosas que marcan su vida, a la vez que es accesible a todos también se transforma en un mecanismo de selección y exclusión. Por otra parte Foucault (1966) en su libro *Las palabras y las cosas* consideran que la cultura se vincula a: “red que define un conjunto compartido de categorías, sistemas de percepción, palabras, representaciones que constituyen un marco o matriz común a un individuo o grupo de individuos” (p.5). Según lo expresado los códigos de una cultura serían los que rigen el lenguaje, los esquemas perceptivos, los cambios, los valores, las jerarquías de las prácticas, que fijan para cada individuo los órdenes empíricos dentro de los que se reconocerá. La cultura queda implicada en la experiencia de los sujetos, un modo de ser basado en el orden con límites que pueden afectar al mismo sujeto en sus prácticas. Como es posible delimitar el concepto de Foucault (1966) sobre cultura dista de los marcados tanto por Geertz (2006), sin embargo son posibles de ser considerados.

A modo de síntesis, se presentaron dos posturas marcadas en torno a la conceptualización de la categoría cultura; desde la antropología y desde la filosofía. La primera de Geertz (2006) en cuanto a una visión densa, microscópica, centrada en lo simbólico y la hermenéutica a un punto tal que sus principales críticas son a estos aportes y una segunda postura posestructuralista formulada por Foucault (1966), donde la cultura es delimitada como un conjunto de valores que pretenden ser alcanzados por los sujetos, pero para ello deben regular su conducta a fin de no ser excluido en la misma, conceptualización que al incluir lo simbólico se aproxima al tema de investigación propuesto.

En cuanto a la relación entre las conceptualizaciones de la cultura y género se marcan los aportes de Conway (1996) quien da cuenta de diferentes posturas en cuanto a la concepción de la categoría cultura. Al respecto indica que Talcott Parsons, perteneciente a la línea funcionalista, marcaba que los papeles de género son establecidos en función de lo biológico, cerrando a una especie de universalismo en cuanto a que no habían diferencias culturales que marcaran lo contrario. Relacionando la categoría cultura con la categoría género, Conway (1996) indica que: “la producción de formas culturalmente apropiadas respecto al comportamiento de los hombres y las mujeres es una función central de la autoridad social y se encuentra mediada por la compleja interacción (...) de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas” (p. 23). Con lo mencionado, la categoría queda anclada a la producción cultural lo que implica una variabilidad en la misma dejándose de lado la noción biológica que la consideraban inmutable, a-histórica y universal.

Otra de las autoras que retoma la categoría para su estudio es Joan Scott, citada por Marta Lamas (1996), quien desde su visión de la categoría género, como categoría analítica, realiza un análisis de la misma vinculándolo con la cultura. Define al género como: “forma de denotar las construcciones culturales, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres (...) forma de referirse a los orígenes sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres” (p. 271) de esta manera Scott (1996) coloca el género como categoría social impuesta al cuerpo, desarrollada en el marco de una cultura determinada.

Por otra parte Scott (1996) establece tres posiciones teóricas; la primera que estudia los orígenes del patriarcado, la segunda vinculada al marxismo y la tercera al psicoanálisis (en cuanto a la producción y reproducción de la identidad de género) (p. 275- 280) En la investigación propuesta se toman algunos aportes de la tercera línea en cuanto a la función central otorgada al lenguaje y a los sistemas de significado, si bien la línea se abre entre el psicoanálisis crítico de

Chodorow y la postura de Lacan, considera a ambos poco operativas; una por vincularse demasiado al plano de lo doméstico (sin atención en el poder) y la siguiente por centrarse en el sujeto, con una tendencia universalizables de la categoría. Según lo expuesto el uso de las corrientes propuestas por Scott (1996) debe tener sus recaudos, pero coloca la categoría género como categoría de análisis sin perder de vista lo cultural y las diferentes maneras para consignarla.

A modo de síntesis las definiciones generales de la categoría cultura solo tratan de otorgar un marco general a la misma, delimitando la estrecha relación entre cultura y el género dando cuenta de la complejidad al momento de ser retomadas, en los apartados siguientes se especificarán relaciones categoriales afines a ambas.

2.2.1.2 El debate desde las líneas de estudio de cultura y género.

Para el debate de las líneas de estudio se retomaron aportes generales de diferentes líneas teóricas. En el primer caso la categoría cultura fue considerada desde la antropología y la filosofía, cuyos representantes fueron: Geertz (1996) y Foucault (2002). El debate posible es como los estudiosos del tema desde diferentes visiones, hermenéutica y posestructuralista, logran establecer direcciones al estudio de la cultura como categoría, de esta manera según el posicionamiento del investigador cada una cobrará relevancia. Se retoman los aportes para el presente estudio de Michel Foucault (2002) en cuanto a considerar la cultura como un sistema de valores a los cuales el sujeto puede acceder pero no sin antes hacer ciertas concesiones. El debate se plantea con Foucault (2002) por cierta dinamicidad, pero también una sujeción del sujeto a la estructura que lejos de ser universal y estática, tiene la característica de ser histórica y dinámica.

Por otra parte los aportes propuestos para el estudio de la categoría género provienen de representantes feministas que debaten la categoría en el plano de los estudios en distintas áreas, centrándonos en aquellas que explícitamente se vinculan a la cultura, como la propuesta por Scott (1996), quien a su vez analiza la categoría en diferentes planos. Queda clara la vinculación directa con el género considerado como una construcción cultural, conceptualización general que abre paso a múltiples debates. Uno de los debates se sitúa en el cambio de la visión funcionalista, donde todo se centraba en lo biológico; es decir la cultura no era considerada como marcador de imperativos determinantes para las formas de ser hombre o mujer, sino que su biología era quien lo determinaba. El comenzar a plantear el género, como el estudio de la identidad en relación a la cultura, se produjo un cambio en las estructuras de pensamiento de la época.

A tal efecto, solo para iniciar se retomaron las líneas planteadas por Scott (1996) en cuanto al patriarcado, el marxismo y el psicoanálisis, destacando la tercera debido a que se relaciona con el lenguaje y con el conjunto de símbolos constitutivos de la cultura, pudiéndose establecer nexos con los aportes de las representaciones sociales y el padecimiento depresivo en las mujeres madres. Por otra parte en la definición propuesta Foucault (2002) destaca la serie de concesiones que debe realizar el sujeto para no quedar excluido del espacio social, en el caso de las conceptualizaciones de género destacan como, centradas en visiones biologistas, estas concesiones son mayores en las mujeres que en los hombres o son diferentes en cuanto a la cuota de poder disciplinario diferencial que se ejerce sobre ellas.

Lo expuesto de la postura de Foucault (2002) puede complementarse con lo expuesto por Ortner (2013) quien refiere que los productos o construcciones culturales por ser tales, son materia de interpretación y de análisis simbólicos, pero estos análisis, vaciados de historia y de las relaciones de poder que delimitan lo permitido o no permitido o que establecen la forma de observar y comprender determinados fenómenos pierden sentido, quedando solo en el análisis particular, individualizado en vinculación al funcionamiento social como un todo orgánico. Siguiendo a Ortner (2013) la categoría género permite sacar, del terreno biológico, lo que determina la diferencia entre los sexos para llevarlo al plano simbólico, el género queda marcado así como un sistema cultural, sin perder de vista lo económico, político y social para su construcción.

2.2.1.3 Síntesis teórica y posicionamiento.

En cuanto a la síntesis teórica, el presente apartado da cuenta de manera general de diferentes posturas en torno a la categoría cultura y género. Las mismas se encuentran profundamente vinculadas no pudiéndose explicar la segunda sin considerar los aportes de la primera, es precisamente en sus aportes donde se hace visible la noción de construcción en torno al género. El cambio, según lo expuesto, comienza a partir de que se descentra de lo biológico el devenir social de la mujer, lo que no significa que se haya superado esta visión, sino que la misma se encuentra matizada con otras posturas actuales que dan cuenta de lo social, cultural, histórico y productivo, no a manera de factor sino implicados directamente en la construcción del ser mujer.

La unión con el estudio se encuentra en el punto de ubicar a la mujer en los debates culturales y de género para incluir conceptualizaciones que dinamicen los esquemas biologistas impregnan la salud en general y la salud mental de las mujeres en particular. Por lo tanto la

categoría general cultura, como el género dan cuenta de las coordenadas generales para ubicar el tema de investigación; a continuación se establece la relación entre género y roles a fin de dar establecer una mayor especificidad en relación al tema.

2.2.2 EL GÉNERO DESDE LOS ROLES: CONCEPTOS Y VISIÓN HISTÓRICA

2.2.2.1 Los roles de género: Principales exponentes.

La categoría rol es tomada de diferentes autores, en primer término se marcará el aporte de Lamas (2013) quien considera que el papel o rol de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino. Si bien es una síntesis de la conceptualización general, brinda un punto de partida para próximas lecturas.

En sus aportes Lamas (2013) destaca que aun cuando los roles se modificaran de acuerdo a la cultura, la clase social, o el nivel generacional se puede sostener una división básica correspondiente a la división sexual del trabajo, misma que es base para la delimitación de las conductas la cual también será criticada.(p.12) Los roles se vinculan con los estereotipos, quienes en su rigidez condicionan la conducta humana a la vez que la naturalizan, estableciendo un deber ser, tanto para la mujer como el hombre. Sin embargo se destaca que la asignación no se desprende naturalmente de la biología sino que corresponde a una construcción cultural, por lo tanto simbólica.

Otra referente en torno al género es Flores Palacios (2010), delimita la noción de rol en el sistema de género. Al respecto indica: “la noción sociológica de rol se refiere al conjunto de expectativas sociales construidas en torno a la oposición asignada por la biología” (p.57) considera que en el campo de la psicología social no se debe vincular directamente la diferencia de los roles sexuales a partir de las diferencias de cada sexo, avalando que son las diferencias socialmente instituidas las que se articulan en el marco de un sistema denominado sexo-género. Por lo tanto se aleja de una visión donde sería innata la relación sexo-rol, estableciendo la diferencia como un proceso vinculado a la definición de los roles sexuales, alejándose de la propuesta de Lamas (2013).

Desde una visión psicológica y vinculándose al feminismo, Sau (2009) retoma la noción de “personalidad modal”, esta es: “una frecuencia de conducta que agrupa variables y que puede encontrarse en poblaciones clasificadas por clase social, por etnia o por sexo, (...) se superpone con la personalidad básica del sujeto a modo que resulte congruente con el modelo social tipificado” (p.109). Sau (2009) destaca que; si bien la psicología tradicional acepta el concepto de género, esto

es solo como elemento que refuerza las diferencias naturales, este aspecto es encontrado en varios referentes donde lo social se constituye en un factor detonante o influyente más no constitutivo del rol sexual de los sujetos. También marca como pretexto el delimitar los roles en torno a la división sexual del trabajo considerándolo como una forma de dicotomizar los espacios sociales. (p. 110)

Frente a ello Sau (2009) propone una relación entre creencia; vista como aquello que no es comprobado científicamente, que es consensuado como existente a nivel social y estereotipo, delimitado como: “opinión ya hecha que se impone como cliché a los miembros de una comunidad (...) estos son partes exageradas de la realidad que sirven para que las personas se orienten socialmente (...) son modelos de comportamiento” (p.111). Entre ambos conceptos ubica a los roles como; “conjunto de expectativas de comportamiento exigidas a quienes ocupan una posición determinada” (p.112), pero la expectativa se crea en la interpelación que el Otro realiza sobre el deber ser de cada persona, cumpliéndose roles múltiples, roles queridos o no queridos, por lo tanto siempre están vinculados con el factor social. Según lo mencionado entran en debate las posturas que consideran la división sexual del trabajo como delimitadora de los roles y quienes dicen que esto simplifica la problemática llevando el tema a una reducción dicotómica que se aleja de la verdadera construcción de los roles de género.

En resumen las distintas posturas coinciden en identificar los roles y específicamente los roles de género como una construcción social e histórica, marcada por aquello demandado y aquellas conductas realizadas por los sujetos en una sociedad para ser aceptados en la misma. Más allá de las divergencias de visiones, lo cierto es que si se considera a los roles de género como construcción histórica, se deben estudiar los elementos culturales y productivos propios de cada periodo histórico se encontrarán elementos que aún perviven y elementos que se han modificado con el transcurso del tiempo. A continuación se establece el transitar histórico del lugar legitimado social y culturalmente de la mujer a través de la historia a fin de dar cuenta de las pautas del rol que conforman los roles actuales de género.

2.2.2.2 El transitar histórico de las mujeres por los roles de género.

Considerando las conceptualizaciones en torno a los roles de género imbuidos a las construcciones culturales de cada época y cultura, se toma la secuencia histórica para delimitar el transitar de los mismos de la autora Burín (2002), quien delimita el lugar ocupado por las mujeres en diferentes periodos. A modo de síntesis solo se retoman algunas características que permitan ver

el rol de la mujer en cada uno de ellos, para ello se demarcan los diferentes periodos históricos con sus respectivas características.

a) Antigüedad: Burín (2002) en este periodo destaca dos culturas: la griega y la romana. Para la primera la mujer es considerada “débil” y “fría”, donde lo frío era lo inacabado y por lo tanto la mujer era un “hombre inacabado”, el rol ocupado por la mujer era el de una menor de edad que por esa condición estaba bajo la tutela del hombre. Los griegos marcaron la división entre el ámbito público para el hombre y privado para la mujer, quedando así excluidas de la vida social, estableciéndose el rol de la mujer en la crianza de la prole. La mujer romana, tenía mayor libertad en el espacio público, al igual que la griega la patria potestad pasaba del padre al esposo, transformándose la mujer al casarse en matrona, donde su rol era cuidar y criar a los futuros ciudadanos de la nación. La maternidad era concebida como un deber, con el advenimiento de la tradición judío cristiana se profundizan los conceptos implantados por las culturas mencionadas.

Burín (2002) destaca que la tradición judío-cristiana clasifica a la mujer como vírgenes o pecadoras. Los dos roles son opuestos socialmente y van a delimitar las conductas de las mujeres que son definidas como objetos pertenecientes al orden de la naturaleza, instintivas e irracionales y que por lo tanto no accederían al orden divino como el hombre, que había sido creado a imagen y semejanza de Dios, superior y dominante. La mujer queda delimitada por una construcción social del rol vinculado a la biología de su función reproductora y como madre vinculada a una sexualidad permitida, glorificada en su carácter de virgen o como pecadora y excluida si ejercía una sexualidad no permitida. (p.65)

b) Edad Media: hereda los conceptos anteriores sobre la mujer, sumado al creciente poder de la Iglesia y la primacía del feudalismo. El lugar de pertenencia de la mujer era la casa o el convento, mientras que las féminas pertenecientes al campesinado tenían como alternativas de vida la servidumbre o la prostitución. El ascenso del cristianismo, condena con castigos severos las prácticas contrarias a sus designios, apareciendo la figura de la Inquisición en Francia, la que se expandió por España y América.

Según lo expresa Burín (2012) la hechicería implicaba una vinculación con el demonio, las acusadas eran mujeres consideradas débiles y proclives al pecado, por lo cual se creó en torno a ellas el mote de bruja. En realidad eran mujeres que vivían en precarias condiciones, ejercían la

curandería y atendían partos en los sectores más pobres, o tenían enfermedades mentales debido a que eran consideradas poseídas por el demonio. El rol puede verse delimitado por las condiciones económicas de la mujer, se estipulaba uno para las mujeres casadas de sectores altos, y otro para las mujeres solteras, pobres y ancianas, quienes detentaban un rol considerado fuera de los cánones sociales.(p.66-67)

c) Edad Moderna: continúa el régimen patriarcal existente en siglos anteriores. Sigue la mujer restringida a un rol subordinado debido al consenso generalizado de la debilidad y simpleza del sexo femenino. La visión de la familia era solo para los fines reproductivos, siendo el matrimonio el principal destino para la mujer y el único medio para que lograr el respeto social y familiar. El embarazo era un honor en las clases altas, transformándose la maternidad en una profesión que otorgaba identidad a la mujer. La unidad funcional de la modernidad es la familia, que pasa de ser extensa a nuclear, cuyo marco es el hogar y el elemento funcional es la mujer.

En su recuento Burín (2002) destaca como el lugar de las mujeres en distintas clases delimitaba los roles esperados; las mujeres de sectores altos eran preparadas para ejercer la maternidad y cumplir con ciertas labores vinculadas al cuidado del marido, las campesinas limpiaban, preparaban alimentos, curaban y servían como criadas a los hijos de las nobles. Las amas de casa que habitaban en zonas más urbanizadas realizaban doble jornada, efectuando labores domésticas y trabajando en algún taller o como comerciante. La sexualidad fue altamente reglamentada, estipulando una sexualidad legal (dentro del matrimonio con finalidad reproductiva) y otra ilegal realizadas en los burdeles. (p.69)

d) Edad Contemporánea (siglo XVIII): las mujeres dependían del denominado “padre-patrón”, pero participaban de la reproducción y de la producción de bienes. La actividad doméstica era valorada como parte de la actividad productiva realizada por la familia. La familia logró un alto grado de conciencia respecto de la vida del grupo, estableciendo una serie de reglas y expectativas que regían la vida cotidiana, logrando ser el contexto para el desarrollo de la identidad de sus miembros debido a que otorgaban el rol a cumplir a cada uno ellos. La familia otorga el juicio de existencia a la mujer, la que quedaba fuera del circuito familiar, eran aisladas como enfermas mentales, al margen del orden social.

Dentro del recorrido histórico Burín (2002) refiere como la Revolución Industrial produjo la expansión de la producción extra doméstica y, paralelamente, se fue desvalorizando la doméstica

por no tener valor como mercancía en el mercado que se estaba desarrollando. Lo expuesto provocó cambios en la organización familiar y en la vida de las mujeres, estas transformaciones comienzan con el afianzamiento de la familia nuclear ampliándose las funciones emocionales que quedaron circunscritas al ámbito doméstico, el cual se había estrechado. La mujer queda limitada a la crianza de los hijos y a tareas domésticas y los vínculos afectivos se privilegian y consideran como naturales. (p. 69-70)

Se gestan prescripciones respecto como la “moral materna”; en ella se reúnen características psíquicas como la receptividad, la concesión y la nutrición, tanto de hijos como de hombres que constituían la fuerza de producción. La función materna quedó cada vez más dissociada de otro tipo de actividades; se torna, así, aislada, excluyente y exclusiva de la mujer. Se establece el “ideal maternal” que se transforma en constructor de la subjetividad femenina. En este periodo se idealiza de la maternidad conjuntamente con la represión sexual, por lo que queda adscrito el goce a la maternidad. (p.71)

Durante el siglo XIX Burín (2002) refiere que el modelo de producción se vincula a la tenencia de la propiedad privada y la competencia económica, lo que trae aparejado el desarrollo del individualismo. Se enfatiza el valor de los sentimientos personales y las necesidades individuales, la mujer considera como propiedad privada a sus hijos, a quienes debía satisfacer en todas sus necesidades. Se plantea que la mujer, en cuanto producía sujetos, se producía a sí misma, constituyéndose la labor de maternaje en la base de la subjetividad. Se gesta así un ideal maternal como denominador de su condición de sujeto psíquico y social, tanto en el orden material como en el orden simbólico. (p.72)

En el transcurso del siglo XX se mantienen varias de las concepciones históricas mientras que otras comienzan a resquebrajarse, las luchas de las mujeres en torno a sus derechos ciudadanos como el voto y la revolución ocasionada en los años 70 por la accesibilidad a los métodos anticonceptivos permitió cambios y a su vez radicalizó posturas en torno al deber ser de la mujer. Si bien mucho de lo expuesto responde a la realidad europea, se considera que: la conquista de América, la instauración de la religión, junto a de las sucesivas migraciones y el haber tomado a Europa como referente para la conformación de los estados, llevó a la instauración de normas que cobraron fuerza en América. Se retoma la secuencia histórica debido al impacto de la historia en el rol de la mujer, las pautas históricas lejos de eliminarse con el siguiente periodo, permanecen y se afianzan complejizando el rol de la mujer en la sociedad actual.

2.2.2.2.1 Elementos que cruzan el espacio femenino: La maternidad y el lugar de la mujer en la religión.

Lo descrito en el punto anterior da cuenta del transitar de la mujer a lo largo de la historia de una manera general, delimitando como las concepciones en torno a ellas se vinculan con las creencias, la religión y las relaciones de producción. Si bien se estipula que los roles de género no solo están delimitados por la división sexual del trabajo, sino que se establece que lo antecede una serie de hechos históricos que decantan en este aspecto, el siguiente apartado marca como se fue estableciendo la delimitación de la mujer en los diferentes espacios sociales.

La división entre mundo público y privado cobra fuerza a nivel institucional con la división del trabajo planteada desde la instauración del modo de producción capitalista que comienza con la modernidad. Al llegar a este punto la mujer formaba parte de un proceso de segregación al espacio doméstico, pero esta segregación se basaba principalmente en creencias y en el poder vinculado a la ciudadanía o a los estados feudales, en los estado nación la institucionalización de las prácticas, de lo permitido y no permitido a nivel social, se ejerció con el fin de lograr la cohesión y mantener el control social. Se puede destacar sin embargo que la mujer pobre sí se encontraba incluida en ambos espacios (público y privado) por subsistencia, el lugar se vinculaba a estructura económica social que delimitaba las condiciones del rol a ser ocupado por la misma. No pudiéndose hablar de “La mujer” sino de diferentes tipos de mujeres según las condiciones mencionadas.

La segregación de los espacios delimita funciones para el hombre y para la mujer, el primero quedará a cargo de ser la fuerza de trabajo, la mujer se ocuparía del trabajo de la casa, vinculado a la crianza de los hijos y del esposo. De esta manera se establece, según lo destaca Burín (2002), el espacio de los sentimientos para las mujeres, manifestación que sería negada en los hombres. El hito de la división de los espacios en público y privado conjuntamente con el cambio de la legitimación social otorgada a través de la actividad laboral o del trabajo extra doméstico genera nuevas relaciones de poder entre hombre y mujeres.

Tanto Burín como Meller (2009) indican que en el trascurso del siglo XX las mujeres se incorporaron a la educación como al trabajo, pero en oposición a lo que se esperaba, aumentó la carga sobre ellas, estableciéndose lo que se conoce como la doble jornada laboral (casa y trabajo). La delimitación del espacio se constituye en un hecho de importancia en el momento en que es considerado como generación de cargas emocionales determinadas, diversos estudios hablan de la denominada “neurosis del ama de casa”, debido al trabajo doméstico y su lugar en

las relaciones de producción imperantes socialmente. Lo expuesto se suma a una cultura que invisibiliza el trabajo doméstico por su nulo valor monetario. Este apartado es considerado en la investigación debido a que la mayoría de las mujeres sujeto de estudio son amas de casa, presentando a su vez problemáticas vinculadas al campo de lo afectivo. Con este aporte se da cuenta que la problemática lejos de ser una tema superficial, presenta profundas raíces en la cultura, lo social y lo histórico que se reactualizan en el mundo de lo cotidiano.

El eje de la concepción de la maternidad se retoma del punto anterior debido a su vinculación con los cambios históricos referidos, sumado a como la mujer pasó a ser el centro del espacio doméstico relacionándose con el predominio de la maternidad como actividad principal. Tanto Burín como Meller (2006) indican que la principal razón del predominio de la mujer en este espacio reside en lo biológico, debido a que las características reproductivas de la mujer terminaron centrándola en el rol y la función materna, perdiéndose paulatinamente el carácter social de la misma. La mujer queda de esta manera involucrada en el bienestar del niño y de su pareja, actuando como dadora exclusiva, pero también siendo la única culpable frente a las dificultades de los mismos.

Más allá de la división marcada en la secuencia histórica de los roles, puede verse una determinada tendencia, al respecto Puleo (2004) indica como la filosofía ha legitimado papeles tradicionales a las mujeres a través de figuras vinculadas con la sexualidad, ya sea con una sexualidad reproductora (madre) o la sexualidad como fuente de placer (prostituta) marcando para la primera la figura de María y para la segunda la figura de Eva. Retoma la autora que la mujer ubicada en lo doméstico queda en el rol de madres y esposas, quedando históricamente fuera del reconocimiento social.

Puleo (2004) brinda dos aportes importantes a la investigación, el *discurso del elogio* en el cual la mujer es considerada como quien se debe, por sus innatas capacidades, a la maternidad, (el cual normatiza la conducta de la mujer) y el *discurso del desprecio*. Retoma para su análisis nociones de Foucault (2002) en cuanto a cómo la modernidad crea individuos y subjetividades, vinculándose directamente con el dominio de la vida. La postura de la mujer en el hogar se apoya en idea del mismo como refugio frente a la frialdad del mundo, espacio donde reinaba la mujer. El discurso queda vinculado al elogio de ser “la reina del hogar”, donde se establecerán las reglas de lo moral, lo correcto y las buenas costumbres. Estableciéndose la capacidad afectiva como central en el cumplimiento del rol de la mujer, quedando la inteligencia y la razón en uno plano secundario.

El segundo discurso es el del *desprecio* donde Puleo (2004) lo presenta como desprecio frente a la sexualidad de la mujer, el desprecio al cuerpo implica lo impuro, lo pecaminoso, frente a la pureza del espíritu; también este discurso critica a las madres debido a que han sucumbido al pecado, lo que coloca a las mujeres en una posición de inferioridad frente a la enaltecida mujer reina de su casa.

Como es posible establecer, a las condiciones materiales que ubicaban a la mujer en el espacio doméstico, se vinculan las visiones filosóficas construidas en torno a las mismas, aun cuando las condiciones históricas y culturales hayan cambiado los discursos en lugar de desaparecer se conservan no solo en la palabra sino en las prácticas que determinan, conviviendo con nuevas conceptualizaciones. Se conservó en esencia la relación biológica y la centralidad del rol de la mujer en torno a su capacidad reproductora, y cambiaron en el transcurso de la historia las actividades sumándose la actividad productiva sin modificaciones en las concepciones de maternidad y en su rol de esposa.

La religión es relevante en el marco conceptual debido a que brinda uno de los factores demarcantes de la vivencia de ser mujer socialmente. Las imágenes trabajadas por diversas exponentes coinciden en que los estereotipos marcados para las mujeres eran y tal vez sigan siendo: virgen, prostituta o loca. Frente a lo expuesto Molina (2004) define la madre inmaculada y la virgen dolorosa, la primera tiene como modelo iconográfico una adolescente sin desarrollo de mujer, que solo detenta la afectividad hacia su hijo sin inclinaciones que corrompan su virtud, la cual se relaciona a la decencia al ocultamiento y el silencio; opuesta a Eva quien es asociada al pecado e incita al deseo del hombre.

La propuesta de Molina (2004) es la de María en su versión dolorosa, es la madre que sufre por su hijo, de esta manera tanto el amor como el dolor le vienen dados por la maternidad. El llanto es lo dominante, el no lenguaje, que se transforma en modelo de expresión para todas las mujeres apegadas a la religión, tomada ésta como elemento para el ordenamiento social. Los aportes retomados de la autora se basan en la delimitación de los roles y su vinculación con la maternidad, esta marcación se constituye en un proceso complejo donde interviene la historia, la cultura, la religión y la política. La religión es uno de los elementos constitutivos del rol de la mujer en cuanto a que instaura un modelo de mujer madre difícil de alcanzar en el espacio religioso, por la negación a la sexualidad pero contradictorio por el enaltecimiento de la maternidad como símbolo de reivindicación y de estatus social logrado. En medio de contradicciones se relacionan las categorías las cuales deben analizarse en sus implicancias

históricas, culturales y familiares a fin de lograr una comprensión posible de las mismas en el contexto actual.

2.2.2.3 Un debate posible entre los diferentes aportes.

El debate posible entre los aspectos considerados se entabla con las diferentes nociones de rol de género y como a través de la historia estos roles han cambiado según las condiciones sociales en las que se encontraban las mujeres. Es decir que se esperaba determinadas funciones para una mujer dependiendo del lugar ocupado en la estructura social, de la religión, de la cultura y la historia. Cada uno de los periodos históricos con los elementos enunciados, se constituyen en ejes que han permeado y traspasando las épocas hasta llegar a la actualidad.

Sin embargo, como característica común es el hecho de que los roles terminan unidos a cuestiones socioculturales, o espacios donde poco poder de injerencia poseían las mujeres. La ubicación en relación a su naturaleza, o biología determinaron el rol, que lejos de ser visto como construcción cultural se enraizó en lo biológico. Sin lugar a dudas la historia y la religión demarcan un lugar especial para la maternidad y la sexualidad reglada para las mujeres, así como también el lugar ocupado en relación a su función como esposa. De esta manera una sexualidad permitida se vincula a la maternidad mientras que una sexualidad prohibida es la ejercida por las prostitutas, quedando las locas entre medio de ellas en el punto de no retorno entre una mujer que no podrá acceder a ninguno de los dos registros estipulados por la sociedad.

La referencia histórica da cuenta de la íntima vinculación entre cultura, género la sexualidad y maternidad. Los factores en su devenir histórico establecen cómo es nombrada, interpelada o qué se dice de la mujer, de lo permitido y no permitido para ser parte de una determinada sociedad. La religión como aspecto cultural marca pautas claras para el deber ser a través de un discurso, cuyo poder, constituye la identidad y las prácticas tanto de mujeres como de hombres.

Su vinculación con el tema de investigación se basa en que el conocimiento de los conceptos citados permite ubicar a la mujer en el marco de construcciones culturales, simbólicas e ideológicas a las cuales está sujeta a través del poder y frente a las cuales se revela para el logro de cambios en su vida cotidiana. Es en este contexto cultural e histórico y de poder donde las mujeres se inscriben y delatan a través de sus discursos la historia de sus antepasados. Es donde inscriben su forma de enfermar y la construcción de su padecimiento.

2.2.3 LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO, EL IDEAL DE MUJER Y LA SALUD MENTAL

2.2.3.1 Los debates en torno a los estereotipos y la construcción del ideal mujer madre y esposa. Visiones del tema.

Diversas autoras coinciden en hablar de la maternización de todo tipo de relaciones por parte de la mujer. Al respecto sustentan que el proceso implica el ser y estar para otros, sea esposo, hijos o familiares. Lagarde y de los Ríos (2009) en su libro *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas y locas*, indica que la construcción de la categoría madresposa viene dada por el contenido de las relaciones, las funciones y el poder que la configura. De esta manera la cultura, considerada como dominante, refiere que las mujeres maternizan a hijos y esposos desde lo simbólico, económico, imaginario y afectivamente.

Habría, según Lagarde y de los Ríos (2009), un nexo directo entre la mujer y la maternidad en cuanto a la reproducción de la sociedad y la cultura (aspecto que incluye el lenguaje y el mundo simbólico) teniendo como función principal humanizar al ser humano. En coincidencia con lo expuesto retoma el mito en dependencia con la religión, al respecto profundiza en la homologación de las relaciones de poder vinculadas a la obediencia de la conyugalidad y la maternidad, en un contexto de poder patriarcal y religioso, por lo que las mujeres solas quedan sin aquel que le da vida social pueda ser esposo o su descendencia.

Otro aspecto considerado por Lagarde y de los Ríos (2009) es la circunscripción en la familia de la maternidad, definiéndose como un lugar privado, un espacio de pertenencia, adscripción y definición de sujeto social como tal. A su vez es centro de diversas funciones para el devenir del sujeto relacionándose a factores como lo es la clase social. De igual manera al definir la madre cita: “la madre es una institución histórica, clave en la reproducción de la sociedad, de la cultura y de la hegemonía y en las realización del ser social de las mujeres” (p.376) Según lo expresado, todos los rituales y cuidados forman parte de la condición histórica y cultural de la mujer, al respecto indica: “ la madre debe educar y reproducir en el hijo las cualidades genéricas, de clase, de edad, nacionales, lingüísticas y todas las que definen a su grupo (...)”(p.278), por lo cual la construcción del ideal y su logro demanda un esfuerzo considerable de las mujeres.

El rescate principal de la autora se realiza en cuanto a su concepción de que el cuerpo de las mujeres se encuentra regido por la ideología dominante de la biología, basados en instintos sexuales y maternales, operando en el cuerpo la cultura de una manera tal que la ciñe a lo

biológico dejando de lado lo simbólico o naturalizando el mismo, perdiéndose el lenguaje y el devenir histórico. Lo planteado se relaciona directamente al tema propuesto.

Otra postura en torno a la construcción del ideal materno lo refiere Palomar Verea (2004), quien en *Malas madres: la construcción cultural de la maternidad* marca: “la maternidad es una experiencia sobrecargada de significados sociales, constituyéndose en práctica social y en experiencia subjetiva” (p.16). Sin negar lo biológico, argumenta que debe ser vista como una función simbólica y social, destacando: “la dimensión imaginaria determina la cultura como ese espacio simbólico para la construcción de las identidades subjetivas y colectivas, que son al mismo tiempo, el resultado y la vía por la cual se percibe la realidad” (p.16). La maternidad, por lo tanto, se encarna en los sujetos, las instituciones, y se reproduce en los discursos y en las representaciones sociales, adquiriendo cierto tinte “culpógeno” dentro de las instituciones y dentro del campo de la salud mental, por lo tanto los saberes en torno a la maternidad son ante todo ideológicos.

Verea (2004) retoma el mito mujer-madre, basado en la creencia en el instinto materno, en el amor materno y en el sacrificio de entrega a la maternidad, características que se encuentran idealizados e institucionalizados a través de la cultura y las instituciones. Las construcciones se sostienen a través de prácticas que son producto de la presión ejercida por las normas culturales para mantener las costumbres. La inclusión de un discurso de género implica una triple dimensión: texto, práctica discursiva y práctica social, en este sentido cualquier intercambio discursivo conlleva un acto de poder el cual hace posible la identificación del sujeto con un papel social, existiendo un discurso preexistente al sujeto que lo condicionan.

Los aportes citados de las pensadoras precedentes se vinculan con los aportes de Foucault (2005) en cuanto al poder, conlleva de esta manera a la interrelación conceptual y al seguimiento de una línea teórica vinculante en los diferentes temas en debate. Haciéndose hincapié en el discurso, en el poder que circula a través de él, llegando a establecerse la maternidad como un conjunto de prácticas discursivas, según Verea (2004), a través de los cuales las mujeres ejecutan las construcciones simbólicas de la sociedad, las cuales tienen una relación directa con las representaciones sociales en cuanto a su formulación teórica.

Lo expuesto hasta el momento muestra diferentes visiones que se acercan al estereotipo de mujer como esposa y como madre, o qué se espera de ella y cómo estos mandatos se constituyen en estereotipos posibles de vincularse con la salud mental de las mujeres. Debe tenerse en cuenta a fin de la lógica teórica, representantes que trabajan la salud y la salud mental con

el género, ubicando a las autoras mencionadas hasta el momento, en ciertas líneas de debate de género, es decir, que dan cuenta de cómo según la perspectiva de género en la cual se ubique la investigación será la visión desde la cual se delimitará el fenómeno en estudio. Siguiendo la reflexión pautada, a continuación se demarcan las principales perspectivas para trabajar la salud mental y el género, con autoras centradas en el tema.

2.2.3.2 Aproximaciones entre la salud y el género: Miradas desde las teorías feministas.

Como se planteó en este apartado se vincularán algunas de las autoras analizadas hasta el momento a la mirada de las teorías feministas, a fin de allanar el camino teórico. Para la relación expuesta se trabaja con el texto de Velazco Arias (2009) *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud* en el cual realiza una sistematización donde vincula las diferentes teorías de salud y salud mental con teorías feministas, ubicando características y referentes necesarios para la delimitación teórica de la investigación en una manera o espacio particular.

De la conjunción de ambos aportes Velazco Arias (2009) refiere: a) sistemas de construcción del sujeto y el género, en el cual se encontraría el sistema entendido como biopsicosocial y el sistema sujeto-sexo- género; b) determinantes biopsicosociales para la salud y c) el análisis de los determinantes psicosociales de género en salud: dentro del cual incluye el modelo de género tradicional, el modelo de género en transición, el modelo de género contemporáneo, el de género igualitario y por último la utilidad de los patrones de determinantes psicosociales de género.

De todas las líneas expuestas por Velazco Arias (2009) se retoma el análisis de las determinantes de género en salud. Esta línea de trabajo considera al género como categoría de análisis de las condiciones sociales vinculadas a las formas de vivir y enfermar, es decir toma al género como una delimitante de lo que denomina como procesos de vulnerabilidad y riesgo. Entre los delimitantes se encontrarían los roles asignados por modelos culturales, al respecto se refiere a los delimitantes como: “los modelos culturales de género, las actitudes procedentes de aquellos imperativos de géneros y aquellas posiciones psíquicas de masculinidad y feminidad construidas (...)” (p. 110). Al retomar esta perspectiva se tienen en cuenta teorías vinculadas a la construcción de la realidad y cómo influye el contexto social, la experiencia vivida y las interacciones en la salud mental de las mujeres.

La salud, según Velazco Arias (2009), se relaciona a factores biopsicosociales, socioculturales y psíquicos de género a lo que agregamos los elemento históricos y estructurales en cuanto

al lugar ocupado por las mujeres en la estructura social, todos estos elementos configurados en una construcción particular dada tanto en mujeres como en hombres. La postura presentada es de corte posestructuralista y propone además el considerar que no habría un género masculino y otro femenino, sino modelos de género los cuales denomina tradicional, de transición, contemporáneo, igualitario entre otros, donde los roles son acordes a estos modelos.

Expositoras como Burín y Meller (2002), se encuentran dentro de esta propuesta, según Velazco Arias (2009) dado que retoma aportes del feminismo estructuralista psicoanalítico abierto a las concepciones socioculturales vinculadas al género. Por otra parte Flores Palacios (2010) se posiciona en la epistemológica denominada del punto de vista feminista donde, según refiere, se rescata la experiencia de las mujeres en una cultura específica aunque también la crítica debido a que se acerca a una especie de “ginecentrismo” esta postura quedaría moderada por Flores palacios (2010) a través de incorporación de la teoría de las representaciones sociales, incluyéndose en la propuesta de Velazco Arias (2009).

Es posible observar como los determinantes de género en salud otorgan la posibilidad de un análisis a partir de construcciones que involucran lo sociocultural, lo histórico y el lugar ocupado tanto por mujeres como por hombres en la estructura social. Sin embargo la crítica posible de realizar a esta perspectiva es la consideración de determinantes debido a que puede transformarse en una palabra que cierre otro tipo de lecturas, se sugiere el uso de condicionantes, de igual manera esta línea se centra en el término factores, frente a lo que se propone trabajar con elementos debido a la variabilidad que permite la palabra, factores determinantes sugiere la idea de causalidad inmanente, si se retoma como elementos condicionantes esta visión limita la causalidad como decreto, permitiendo una visión ni absoluta, ni abierta completamente.

Esta perspectiva considera la noción de vulnerabilidad, donde los modos de vida colocan a las personas en esta situación, entre los factores que afectarían al sujeto estarían la pobreza, la frustración por no haber logrado lo propuesto o esperado socialmente, las sobrecarga a su rol y la exclusión social. Para Velazco Arias (2009) si se cierran las posibilidades de realización se pierde la capacidad de simbolización lo cual lleva a la enfermedad. De manera particular se trata también la experiencia vivida del sujeto y cómo afronta la realidad debido a que para cada sujeto la experiencia, la vida cotidiana se encuentra cruzada por el lugar ocupado socialmente, por la cultura, por la historia social y familiar, como también por su constitución interna que le permite elaborar los acontecimientos de manera diferencial.

Como se mencionó, Velazco Arias (2009) contribuye con el desarrollo de los denominados modelos de género, estos se conformarían por ciertos ideales que son incorporados por los sujetos a través de la socialización, en este punto se relaciona con las representaciones sociales debido a que son papeles con fuerza instituida e instituyente, muchos de los cuales cobran tal impronta en los sujetos que marcan su accionar y lenguaje cotidiano. Desde estas construcciones se delimitarían los factores relacionados a la salud y la enfermedad en consideración de tres modelos ya mencionados:

a) Modelo tradicional: lo fundamental es tener una familia, y donde los hijos son un mandato, las relaciones se encuentran jerarquizadas en cuanto a la división del trabajo, existiendo una subordinación de poder. El contrato matrimonial se caracteriza por su permanencia y exclusividad, siendo los roles muy diferente. La masculinidad es caracterizada como quien detenta el poder, la propiedad y la potencia, mientras la feminidad se identifica con la subordinación, entrega y pasividad, centrándose la realización en la maternidad y el cuidado.

En este modelo la mujer se encuentra vulnerable por: abusos, malos tratos, sobrecarga física y emocional, rol de soporte para todos, falta de proyectos propios, abuso emocional, aislamiento y desvalorización de las tareas tradicionales. A estos elementos se suma: la dependencia afectiva, el miedo a perder al hombre, la exposición a abusos, frustración por abandono y dificultades en el cumplimiento del ideal maternal.

b) Modelo de transición: el núcleo básico es la pareja y las relación no sería jerarquizada, los hijos son un proyecto común, ambos miembros de la pareja trabajan, no existen relaciones de poder, pero sí apoyo económico mutuo. Las uniones no se piensan como permanentes siendo los roles multifuncionales, ambos tienen acceso igualitario al poder, aunque todavía la mujer se vincula a valores tradicionales en cuanto a ser el sostén afectivo y de cuidado. El fin último es lograr una pareja satisfactoria y una maternidad cuidadora. El modelo se caracteriza porque las mujeres enferman por: doble jornada laboral, cuidado de hijos y carga monoparental en soledad. Elementos que se complementan con conflictos de pareja por redistribución del poder y dificultades para compatibilizar ideal materno (conflicto entre la mala y la buena madre).

c) Modelo contemporáneo: centrado en el individuo, lo que une a la pareja es compartir proyectos, los hijos son proyectos individuales sumables, la relación no es jerarquizada, el centro es el individuo, la relación se establece entre sujeto y sujeto. Tiene como determinantes

de la salud y la enfermedad, la competitividad entre los miembros de la pareja, el choque de metas individuales, sobre-exigencias de convivencia e insatisfacción con el propio cuerpo entre otras.

Como es posible observar la clasificación desarrollada por Velazco Arias (2009) se centra en modelos que si bien no se encuentran en la realidad pueden ser utilizados para el análisis y el trabajo con la salud considerando el género. Son retomados en la investigación debido a que brindan pautas sobre elementos que pueden delimitar la salud de las mujeres ayudando a una discriminación desde un punto de vista más particular y específico del tema.

A continuación se establece la vinculación entre la construcción del ideal madre y esposa en la posible relación con el proceso salud enfermedad mental de las mujeres para acercarnos al punto específico del padecimiento depresivo en las mujeres madres considerando cómo construyen las representaciones sociales del mismo. El siguiente apartado toma como eje a las investigadoras citadas, Burín y Meller (2009), Flores Palacios (2010) entre otras que son consideradas dentro de quienes estudian los condicionantes de género como delimitadores de la salud de las mujeres según la propuesta de Velazco Arias (2009)

2.2.3.3 La convergencia teórica en la construcción del ideal madre-esposa y salud-enfermedad mental de las mujeres.

Retomando la construcción del ideal de madre esposa y teniendo en cuenta lo que se exige de ella, se sitúa en la línea planteada por Velazco Arias (2009) nuevamente a Burín (1990) quien en su libro *El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada*, da cuenta de la vinculación entre lo exigido a la mujer y el malestar psíquico que le ocasiona. Refiere al respecto el estrés ocasionado por las múltiples obligaciones a las que se ve sujeta la mujer en cuanto a su rol de esposa y madre, estableciéndose ideales de una magnitud tal que al ser inalcanzables generan culpa y malestar. Indica cómo a través del matrimonio las mujeres cambian su estatus, dejando de lado el rol de hija para pasar a construir el de esposa y madre en función de lo que la cultura determine como tal.

Al respecto y según lo mencionado la mujer cambia de registro simbólico, constituyéndose nuevas relaciones de poder tanto en la relación conyugal como en la relación con sus hijos, teniendo en cuenta que la procedencia y pautas de socialización determinarán el poder discursivo de las mujeres para ser nombradas. A lo largo de su obra Burín realiza un recorrido analizando el proceso salud-enfermedad mental, como también por la medicalización

del malestar de las mujeres, considera una diferencia entre enfermedad y sufrimiento, indica: “sufrimiento es el malestar de las mujeres ligado a una situación de opresión, por enfermedad, el malestar donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado (...) como pérdida de conciencia de vivir en condiciones perturbadoras (...)” (p.35). Diferencia de la cual parte para desarrollar el malestar.

Burín (1990) destaca que la salud de la mujer dependerá de que pueda regular la afectividad en su familia, estableciendo nexos con las representaciones sociales que le dan origen a este rol de la mujer en la familia y la sociedad. La salud mental queda delimitada por la capacidad de adaptación de las mujeres a lo que la cultura dicta definiendo lo que es normal o aceptable dentro de la misma.

De igual manera como lo planteara Stolkiner (1988) en el primer apartado del marco conceptual, Burín (1990) caracteriza tres modelos en salud mental: a) el modelo psicopatológico: el cual ve la enfermedad en la mujer vinculada a su ciclo vital, siendo a- histórico, individualista y a-sociales. b) el modelo emotivo-sensible: donde se vincula la salud al equilibrio y la armonía, los problemas se vinculan a la tensión de las relaciones familiares y c) tensional conflictivo: donde las mujeres padecen estados de malestar que se hacen evidentes en la tensión y el conflicto, este modelo se basaría en las condiciones opresivas de las mujeres. Al igual que los modelos presenta sus limitaciones, pero son necesarios de ser reconocidos para el presente estudio debido a que muestra las formas en que se ha estudiado la salud mental de la mujer.

Otro aspecto a destacar de Burín (1990) es en cuanto a las exigencias y prescripciones de la moral materna y lo que ello conlleva, indicando los roles centrales, el accionar y la capacidad simbólica de la mujer en: el rol maternal, el rol de esposa y el rol de ama de casa. Estos papeles deben cumplirse con docilidad, comprensión, generosidad y servilismo, quedando excluido cualquier conato de violencia. Los roles se vinculan con la historia, con la constitución de las creencias, con los valores y prácticas ya desarrolladas, y posibles de encuadrarse en las representaciones sociales construidas por las mujeres madres. Además puede establecerse nexo en otros elementos, pero desde el plano de la salud mental al planteo de Velazco Arias (2009) en cuanto al modelo de género tradicional y las consecuencias del mismo para la salud femenina.

Otros estudios refieren, como la propuesta desarrollada por Badinter (1991), que mientras el matrimonio es un factor protector para los hombres, en las mujeres se constituye en un factor de riesgo. Por otra parte un estudio realizado en México enlista una serie de factores determinantes de la salud mental de las mujeres encontrándose entre ellos: el ser madre soltera, tener más de

cuatro hijos en edad escolar y padecer violencia entre otras. Por lo que se infiere la maternidad y la violencia conyugal como datos relevantes a su vez que determinantes de la salud de las mujeres.

Se destaca en este apartado cómo la salud mental suele medirse en función del cumplimiento o no de determinados roles, ideales y estereotipos, atribuidos y asumidos por las mujeres, relacionados a su vez con lo biológico. La mujer sigue siendo definida de esta manera por otros. En el caso de la depresión, la misma es definida por otros según el conjunto de síntomas y aspectos descriptivos a la historia de vida, más no encuadrados en el sentido cultural y social al cual se asocian como proceso.

2.2.3.3.1 De la depresión de las mujeres al padecimiento depresivo de las mujeres madres.

El siguiente apartado tomará como referencia el aporte de los estudios de Ordorika Sacristán (2009), quien en artículo titulado *Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres*, refiere la relación entre género y salud mental, haciendo referencia la relación comienza en la segunda ola del feminismo, donde académicas tanto británicas como estadounidenses vislumbran cómo repercuten las diferencias de género en la salud mental de las mujeres. Marca que los estudios de las anglosajonas como quienes criticaron los sesgos sexistas de la psiquiatría desde el siglo XIX hasta la actualidad, sin embargo indica que estos estudios no pueden compararse con la realidad de otros contextos como el latinoamericano.

Ordorika Sacristán (2009) analiza de las académicas el hecho del abordaje de la temática desde dos perspectivas: una vinculada a la construcción social de la salud y el padecimiento mental, donde las nociones de salud y padecimiento mental son fenómenos sociales y culturales; la visión se dirige a la crítica hacia los sesgos presentados en la manera en que eran considerados los padecimientos en las mujeres. La segunda perspectiva mencionada remite a la producción social de la salud y el padecimiento mental, refiriéndose a cómo los factores sociales y las condiciones de vida afecta la salud de los individuos. Este punto de vista considera que las diferencias se deben a que las condiciones de vida de las mujeres que se caracterizan por ser condiciones de opresión, marginación y dominación por parte de los hombres. Encontrándose en esta línea autoras ya mencionadas como Burín (2006), Lagarde de los Ríos (2009) o Sáenz Buenaventura (1988).

En relación a la sociología, se destacan cuatro líneas: la primera trata la relación entre procesos sociales y las definiciones de salud y padecimiento mental, con el objeto de desmontar los sesgos de género. La segunda considera la relación entre procesos sociales y la constitución de prácticas médicas, deteniéndose en el control de las mujeres a través de las prácticas, la tercera

toma la relación entre los procesos sociales y la etiología de los padecimientos mentales, parte de la inequidad y la cuarta trabaja el análisis de las experiencias de los individuos desde su propio sufrimiento. Cada una de las posturas es analizada por la autora pudiéndose encontrar puntos de acuerdo con las perspectivas expuestas y constituyéndose en un elemento a considerar para el estudio de las representaciones.

Lo mencionado se vincula con el último ítem de la parte dos del marco conceptual debido a que se trabajó puntualmente con la depresión, las visiones desde la sociología y los diferentes referentes denotan la maternidad como uno de los elementos a considerar al momento de estudiar la depresión, por ser mencionada en diversos estudios, y por ser junto con la relación de pareja construcciones históricas centradas en ideales difíciles de alcanzar por las mujeres. La producción social del padecimiento deviene en síntesis de lo expuesto en este apartado acercándose al campo empírico desde los modelos de género propuestos por Velazco Arias (2009).

A modo de síntesis del apartado desarrollado se destaca el pasaje desde la cultura al género como categoría, el género en su relación con el rol y el cambio histórico del mismo, para comenzar a delimitar ciertos factores que traspasan las épocas históricas con cambios y permanencias con más o menos poder de influencia como lo son la maternidad, la sexualidad y la religión. Luego de este transitar, se continuó con la epistemología feminista en relación a la salud y a los diferentes modelos, para cerrar en la salud mental de las mujeres considerando autoras del modelo seleccionado para análisis.

Las representaciones sociales del padecimiento depresivo, como la relación con Foucault queda demarcado a lo largo del recorrido debido a que se adopta una postura posestructuralista, matizada con diferentes elementos que permiten flexibilizarla. El trabajo social tiene como tarea pendiente la consideración de los elementos propuestos no solo para la investigación sino para una intervención fundada con perspectiva de género.

PARTE 3. REPRESENTACIONES SOCIALES, PERSPECTIVAS Y VINCULACIÓN CON EL PADECIMIENTO DEPRESIVO Y EL GÉNERO

2.3.1 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES, MÚLTIPLES VISIONES DE UN CONCEPTO

El siguiente apartado se centra en el desarrollo de la categoría representaciones sociales debido a que por sus múltiples maneras de ser abordada y analizada hace necesario su desglose para la

investigación. El objetivo es dar a conocer la complejidad del concepto adoptado, al igual que poner en diálogo los principales elementos que se conjugan a esta visión. Se pondrán en comparación diferentes visiones del concepto, para luego entrelazar la perspectiva seleccionada a las categorías de la investigación.

2.3.1.1 Un acercamiento desde la sociología.

De manera inicial se consideran dos referentes posibles de vincular por su visión respecto a las representaciones sociales, uno de ellos es Islas (1994) quien ubica la categoría en un alto nivel de abstracción lo que le otorga el poder explicativo y compresivo a la vez que la habilita hacia otros conceptos y en segundo lugar De Souza Minayo (2009) que rescata diferentes visiones desde la sociología que trabajan con representaciones sociales, ambos autores explicitan como según la mirada que se adquiera de ellas para la construcción del problema será la delimitación metodológica necesaria para su estudio.

Tanto Islas (1994) como De Souza Minayo (2009) indican como imprescindible reconocer hacia donde se dirigen las conceptualizaciones, y marca la importancia del poder de las categorías para construir el problema. El concepto representación social es considerado por lo tanto como poliédrico, debido a que según el cuerpo teórico que lo retome será el significado que adquiera, imprimiéndole así una visión particular y determinada. Las construcciones teóricas se encuentran interconectadas y resultan de retomar aportes de una teoría y transformarlos, dejando en ocasiones, elementos de la propuesta original o descartando completamente la misma. Las diferentes disciplinas, presentan una línea teórica para definir la categoría “representaciones sociales”; es así que se encuentra enunciada desde la sociología, la psicología, siendo necesario su conocimiento para la elección de los aportes adecuados a la investigación.

Desde la sociología se analiza el acercamiento De Souza Minayo (2009) quien otorga el camino histórico del concepto, a la vez que brinda el panorama de los diversos referentes y líneas teóricas a las cuales pertenecen, es retomado este aspecto considerando la necesaria puesta en común de propuestas en los campos que se vinculan al problema. El aporte principal es la ubicación del origen de las representaciones sociales con Emile Durkheim, partiendo del concepto *representaciones colectivas*, mismas que refieren a una entidad constituida por lo social, con carácter coercitivo frente al sujeto y sobre las cuales el sujeto no tendría injerencia, se plantea en el marco de un todo social sin consideración por los individuos.

Otro de los motivos por los cuales se retoma a De Souza Minayo (2009) es el análisis de las diferentes posturas de las representaciones, por lo tanto es posible de ser ubicada en las corrientes propuestas por Moran Carrillo (2006) con respecto a los paradigmas donde se enmarca el trabajo social: funcionalista, conflictivista e interpretativo. De la vinculación entre ambos queda delimitada en la línea positivista Durkheim, en la comprensiva Weber y en la crítica Marx, Gramsci y Lukács correspondiéndose con posicionamientos posibles a ser asumidos por el trabajo social en el campo de la intervención y la investigación.

El aporte de De Souza Minayo (2009) es otorgarle un matiz diferencial al concepto de representación social dependiendo la línea teórica; en la línea comprensiva ubica a Weber quedando conceptualizada como “ideas, espíritu, concepciones y mentalidades ensambladas por la visión del mundo” (p.185) la cual al vincularse con la cultura se aleja de la visión positivista de Durkheim. Dentro de la línea crítica quedarían ubicados tres referentes: Marx, Gramsci y Lukács, marcando para el primero las representaciones ubicadas en el plano de lo material y en su vinculación con la conciencia y la ideología, en el segundo al sentido común y el tercero aunado al concepto de trabajo; los tres se basan en la dialéctica en las condiciones materiales de producción.

La línea comprensiva se une a la propuesta de Berger y Luckmann (1968) a través de la construcción social de la realidad y de las diferentes instancias de socialización. Estos conceptos pueden enlazarse en cuanto consideran las representaciones como construcciones sociales a través de la socialización primaria y secundaria, a la vez que ingresan al campo de la vida cotidiana y la familia. Se abre de esta manera otra línea posible de anudarse a los aportes de la psicología social dado que la misma relaciona lo social con aquellos elementos internalizados por los sujetos. Por lo tanto el punto de encuentro puede establecerse en las visiones de los social (sociología) y las posturas de esas visiones vinculadas a ciertos procesos psíquicos y sociales (psicología social).

Los exponentes al igual que las posturas propuestas constituyeron un primer acercamiento a la categoría representaciones sociales en su intento de nexo al campo profesional del trabajo social. El proceso de construcción del problema de investigación, demandó la búsqueda de nuevos elementos teóricos que brindaran otras visiones del fenómeno, motivo por el cual se comienza a trabajar desde la psicología social como una disciplina de la cual se pueden tomar aportes para la profesión y la construcción del objeto de investigación.

2.3.1.2 Un acercamiento desde la psicología social.

En el presente apartado se dan a conocer referentes teóricos que trabajan las representaciones sociales, la finalidad es establecer conceptualizaciones y expositores comenzando por quienes inician la tradición en la psicología social hasta los actuales debates en relación a las mismas. Lo mencionado abre paso a conceptualizaciones, aportes y críticas a la teoría necesarias de ser consideradas al momento de retomar el aporte para realizar su mediación al trabajo social y en particular el trabajo social en salud mental.

Se desarrolla en mayor medida la perspectiva de la psicología social debido a la cercanía con el trabajo social y a las posibilidades que los aportes de esta disciplina pueden brindar al plano concreto de la investigación y de la práctica profesional, acercándose a los sujetos de estudio de una manera particular que al trabajo social le permite abrir nuevas lecturas para el accionar cotidiano.

2.3.2.1.1 La postura de Serge Moscovici y Denise Jodelet.

El acercamiento a las representaciones sociales a partir del campo de la psicología social implica la revisión de los aportes de su principal exponente, Moscovici (1986), quien en la obra *Psicología Social* explicita el concepto de representaciones sociales el cual será retomado y criticado por sus seguidores como Jodelet y Farr. De Moscovici (1986) se considera pertinente la relación entre los factores sociales con los cognitivos del sujeto, a la vez que enlazados constituyen las representaciones. Por su parte Jodelet (1986), aporta al trabajo una visión de las representaciones que reporta como: “un conjunto de significados, (...) un sistema de referencia que permite interpretar lo que sucede y da sentido a lo inesperado” (p. 472) a lo expuesto se suma el hecho de que son una manera de interpretar y de pensar la realidad cotidiana, vinculándose con el conocimiento del sentido común, siendo a su vez compartido con la sociedad en un contexto determinado.

El concepto de representaciones sociales es enunciado por Jodelet (1986) de la siguiente manera: “el concepto representaciones sociales designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados, que designa una forma de pensamiento social” (p. 473). La definición se considera para la investigación debido a la búsqueda de aquellas construcciones en torno al padecimiento depresivo de las mujeres madres, el contenido de estas construcciones

da cuenta del pensamiento social constitutivo y delimitante de una forma diferencial de construir el padecimiento según un contexto y tiempo histórico determinado.

Se podría destacar de los innumerables aportes del texto de Moscovici (1986) las siguientes características sobre las representaciones sociales: son un conocimiento práctico, consensual, deben ser abordadas como producto y proceso, se construye a través de la experiencia e involucra: códigos, valores, ideológicas y pertenencias sociales específicas, implicando la manera en que los sujetos aprehenden los acontecimientos de la vida cotidiana. Entre los elementos para acotar el concepto se encuentran: la representación social es representación social de algo o alguien, si es el proceso de relación del individuo con el mundo o con las cosas. La representación por lo tanto aparece como representante mental de algo (objeto, sujeto o acontecimiento) estando de esta manera emparentado con el signo y el símbolo, pero siempre la representación remite a otra cosa y significa algo para el individuo lo cual es compartido socialmente.

En cuanto la conceptualización de representaciones, se denota la reformulación y circulación permanente de las mismas debido a los cambios que se producen en la vida cotidiana. Los códigos, valores e ideologías presentes como parte constitutiva de las representaciones se afilian por ejemplo a las referencias enunciadas en cual al rol ideal a ser cumplido por la mujer según el periodo histórico y el lugar ocupado en la estructura social entre otros factores; delimitando por lo tanto la forma de aprehensión de la vida cotidiana y la manera de codificar y decodificar a la vez que reproducir el lenguaje y la simbología cotidiana.

La creación de las representaciones conlleva ciertas consecuencias, según destaca Jodelet (1986) entre ellas; el aspecto de imagen figurativa de la representación es inseparable de su aspecto significante, la representación no es un reflejo del mundo exterior, sino que usa el término imagen como figura o conjunto figurativo, el concepto se introdujo para dar cuenta de las interacciones significativas de los individuos con el mundo, siempre en la representación hay un acto de construcción y reconstrucción y por último las representaciones utilizan elementos descriptivos y simbólicos otorgados por la comunidad a la que pertenecen los individuos, de esta manera los elementos de por sí son elementos normativos. Estos aportes explicitados por Jodelet (1986) dan cuenta de la complejidad que implica el estudio de las representaciones, especialmente cuando menciona que las representaciones son difíciles de conceptualizar.

En cuanto a los procesos de conformación de las representaciones Moscovici (1986) desarrolla dos: la objetivación y el anclaje. En cuanto a la objetivación refiere que puede conside-

rarse como *operación formadora de imagen y estructurante*, el proceso pone en imágenes las nociones abstractas, corresponde cosas con palabras dando de esta manera lugar a esquemas conceptuales o bien es considerado como *la materialización de significados*. La objetivación tendría un triple carácter: una construcción selectiva, una esquematización estructurante y la materialización.

El anclaje es precisado por Moscovici (1986) como la representación en lo social, es decir, se vincula al “enraizamiento social de la representación y de su objeto, es la utilidad que tiene la representación o su función social en el mundo” (p.486) el escritor indica que “implica la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente (...)” (p.485). Ambos conceptos son cruciales para comprender la noción de representaciones: la objetivación porque permite ver en el discurso cuales son las imágenes construidas en torno al objeto y el anclaje permite ver cuál es la visión particular del mundo.

Se retomaron los principales aportes de un entramado conceptual complejo desarrollado por Jodelet (1986), a fin de dar cuenta de la vinculación con la noción de proceso de construcción social y la permanente interconexión y reformulación con los significados representados que entran en juego a través de las interacciones sociales presentes en la construcción y delimitación del problema de investigación. Las definiciones explicitadas se relacionan con los aportes de Flores Palacios (2010) quien trabaja con las representaciones sociales en relación al feminismo.

2.3.1.2.2 Los aportes de Wolfgang Wagner y Nicky Hayes.

Otro de los aportes que complementan la visión propuesta en torno a las representaciones sociales, retomando a Moscovici (1986), es el desarrollado por Wagner, Hayes (2011), despliegan el cuerpo teórico del concepto y sus múltiples relaciones con el discurso, la acción, la vida cotidiana aproximándose a la forma posible de ser estudiada. Los aportes abren líneas hacia la vida cotidiana y permite el acercamiento a uno de los elementos principales que da referencia de las características de las representaciones sociales, el relato.

Uno de los puntos a destacar de Wagner y Hayes (2011), es el denominado conocimiento cotidiano, al cual definen como: “red específica de conceptos, imágenes y creencias compartidas que pertenecer a grupos humanos particulares (representaciones sociales que producimos y reproducimos) (2011: XIII). Indican que las representaciones sociales ayudan a los sujetos a vivir e interactuar en su vida cotidiana, debido a que les permite entender el contexto en el cual se encuentran. En cuanto a la forma de adquisición de las representaciones, las mismas entran en juego a través

de las creencias, los mitos, y la religión. Retomando a Moscovici y Jodelet (1986) especifican que los contenidos de las representaciones son las imágenes y las categorías del lenguaje, cambiando según la cultura y el periodo histórico, siendo en realidad creaciones históricas.

Wagner y Hayes (2011) retoman metodológicamente de Jodelet (1986) la denominada articulación dialógica a través de las técnicas cualitativas y de observación, haciendo hincapié en las posibilidades de interpretación, como también la categoría “experiencia vivida” la cual es definida como: “la manera como las personas sienten, en su fuero interno una situación y el modo como ellas elaboran, por un trabajo psíquico y cognitivo, las resonancias positivas y negativas de esa situación y de las relaciones y acciones que ellas desarrollan ahí” (2011: XXIX). Estos factores son considerados para la investigación por centrarse en lo cualitativo y en la interpretación.

Los referentes citados desarrollan conceptualizaciones de Moscovici (1986) y despliegan tres elementos de la teoría: “primero, la función descriptiva como una forma de establecer el conocimiento cotidiano de las personas y los grupos; segundo, los elementos dinámicos en un nivel colectivo; y por último, los aspectos meta-teórico y metodológicos de la teoría” (p. 68). Los tres aportes seleccionados dan a conocer las dimensiones en el planteo de la investigación, por lo cual se vinculan directamente con el proceso de las representaciones en cuanto configuración de las mismas en relación, no solo al conocimiento cotidiano, sino a cómo se relacionan con lo colectivo. Queda según lo enunciado las líneas metodológicas que permitirán el estudio y análisis de las representaciones sociales, considerando además los elementos simbólicos y metafóricos.

2.3.1.2.3 El análisis de María Auxiliadora Banchs.

Para Banchs (2000) las representaciones sociales son enfoque y teoría: en cuanto enfoque busca la apropiación de contenidos teóricos, y desde esta visión toma a Moscovici (1986) en tanto se declara contra el conductismo y el positivismo. Como enfoque se destaca el hecho de que es pluridisciplinar debido a que vincula diversas teorías y sugiere trabajar con múltiples y diversas metodologías tanto cualitativas como cuantitativas. Debido a la multiplicidad de elementos que intervienen en su formulación y estudio Banchs (2000) destaca tres líneas desde las cuales pueden abordarse y analizarse las representaciones sociales por ser modos diferenciales de apropiación de los supuestos teóricos de las representaciones, estas son: la Escuela tradicional (Moscovici y Jodelet) la cual estudia las representaciones como proceso, la Escuela Estructural (Jean Claude Abric) que estudia la estructura de las representaciones y la Escuela de Ginebra

(Willen Doise) centrada en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales.

Banchs (2000) se centra en las dos primeras posturas cuyas características serán desarrolladas a continuación. La Escuela tradicional se relaciona con la denominada aproximación procesual, la idea de proceso se centra en los elementos constituyentes más que en los constituidos de las representaciones. Según la noción de proceso las representaciones deben ser analizadas vinculadas con los procesos propios de la dinámica social, Banchs (2010) destaca que existirían dos tipos de proceso: los cognitivos de carácter individual y los procesos de interacción y contextuales de carácter social. Lo fundamental en esta visión es que para los procesos de construcción de las representaciones son necesarios los procesos de interacción social.

En otros aportes Banchs (2010) refiere la necesidad de no dicotomizar entre contenido y proceso, el primero puede vincularse a lo permanente, y el proceso puede referirse a procesos socio-cognitivos, al retomar a Jodelet, Banchs (2010) considera a las representaciones como producto y proceso, las vincula a la realidad y a su elaboración por parte de los sujetos. Hablar de procesos para la autora implica hablar de una doble vertiente, dado que es tanto individual como social.

La postura procesual, como la denomina Banchs (2000), es ubicada en una línea socio-construccionista, influenciada por los aportes de Foucault en relación al análisis del discurso del sujeto; a su vez retoma una referencia de Spink (1993) donde indica la permanente re-interpretación presente en el proceso de elaboración de las representaciones. Según lo expuesto las representaciones sociales tienen una visión donde se vinculan los procesos cognitivos con los procesos sociales, y donde el investigador requiere sumarse al proceso de re-interpretación que forma parte misma de la constitución representacional.

En referencia a los presupuestos epistemológicos, Banchs (2000) refiere que para aproximarse a un conocimiento de las representaciones es necesario tener en cuenta un enfoque hermenéutico, al respecto indica: “(...) entender al ser humano como producción de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en el que vivimos” (p.3.6). La cita fortalece y argumenta la postura de considerar para la investigación la recuperación del lenguaje y la producción simbólica, tomando estos elementos como posibles de ser referidos por el trabajo social dada su permanente interacción con el mundo simbólico de los sujetos con los cuales trabaja.

El abordaje propuesto es el hermenéutico a través del enfoque cualitativo, centrado en que tanto los métodos de recolección como los de análisis respondan a él. Además sugiere la triangulación y el uso de múltiples técnicas que garanticen la profundización y ampliación de los estudios; Banchs (2000) coincide con la propuesta metodológica de otros referentes que trabajan representaciones como Flores Palacios (2010) y Ibáñez (1988) quienes centran los estudios procesales en el enfoque cualitativo.

El centro marcado por Banchs (2000) reside en el estudio de la diversidad, en el análisis de los significantes puestos en juego en la construcción de las representaciones sociales, tomando como auxiliar para dicho análisis los elementos sociales, históricos, culturales y aquellos correspondientes al lugar ocupado por los sujetos en la estructura social. Lo que se estudia en este enfoque es la construcción el proceso instituyente, por tal se refiere al estudio de aquellos que delimita el ir *dándose* en el proceso representacional, más lo instituido que lo dado, implica atender a las creencias, valores e imágenes que son parte constitutiva y hasta cierto punto dinámica de las representaciones. El pensamiento social, cobra otro sentido en cuanto a que su estudio se vincula a su producción y a su capacidad constituyente, lo que abre espacio a la idea de construcción de la realidad social.

La segunda línea desarrollada por Banchs (2000) es la de la Escuela Estructural, el eje de esta propuesta es el estudio de la estructura del objeto de las representaciones sociales, el objetivo, es desarrollar la “teoría del núcleo central “de la representación. El tipo de pensamiento es el del análisis de contenido o producto que se organiza en torno de una estructura representacional. Los representantes de esta línea son Abric y Flament, utilizando como guía para el estudio de la estructura el método experimental llegando a complejos análisis multivariados, este enfoque se centra en lo cuantitativo, donde priman complejas técnicas correccionales y ecuaciones estructurales.

A modo de síntesis entre las dos escuelas planteadas, quedan establecidas claras diferencias, mientras una busca: el análisis del proceso, la construcción de la representación, la confluencia entre cultura, creencias imágenes e interacciones sociales, y se ubica para lograr el análisis en el enfoque cualitativo (debido a su interés por el plano simbólico y por la interpretación hermenéutica). Otra busca el estudio de la estructura y el contenido de las representaciones tanto de los contenidos centrales, como periféricos, tomando para ello el enfoque cuantitativo, estrategias experimentales y de análisis correlacional. Ambas escuelas tienen sus referentes y sucesores inclinando Banchs (2000) hacia la línea procesual, aunque refiere que la mayoría de los estudios sobre representaciones pertenecen al enfoque estructural.

Uno de los aportes a ser desarrollado de Banchs (2000) es en cuanto a cómo considerar el uso del lenguaje y lo social; en el enfoque procesual el lenguaje es analizado desde el punto de vista socio-construccionista, debido a que busca lo simbólico y sus significados los cuales suelen ser cambiantes. El lenguaje y los esquemas que se configura en cuanto sentidos y significaciones, dan cuenta de las prácticas de los sujetos en la vida cotidiana, y forman parte de lo que se conoce como conocimiento del sentido común. El conocimiento del sentido común encierra un mundo simbólico, de sentidos y significados que emerge a través del discurso y a través de técnicas que permiten descubrir ese orden, mientras el enfoque estructural busca al lenguaje como elemento dentro de una prueba de hipótesis, buscando su corroboración o confirmación.

En relación a cómo trabajan con lo social Banchs (2000), rescata cómo las representaciones sociales dotaron de significado a la palabra social, donde adquiere fuerza para la psicología social, las condiciones de producción, circulación y las funciones sociales de las representaciones, el adjetivo social no adquiere la polaridad clásica micro o macro social sino una determinación social lateral o micro y otra central o macro donde ambas tienen una íntima relación con el lugar ocupado dentro de la sociedad.

Según lo expuesto Banchs (2000) aclara en su texto diferentes líneas que si bien son planteados por Moscovici y Jodelet (1986) en la pensadora se encuentran de manera esquemática y crítica, es decir, da cuenta tanto de los aportes de los enfoques como también de las dificultades que el mismo presenta en el campo de estudio concreto. Su misión dentro del presente marco conceptual es estructurar, las líneas principales en torno a representaciones sociales existentes

2.3.1.2.4 La visión analítica de Tomás Ibáñez.

Los aportes de Ibáñez (1988) son retomados debido a que es uno de los exponentes en el estudio de representaciones, muestra de ello es el hecho de que la mayoría de los investigadores actuales, consideran sus conceptos y análisis como básico para el abordaje de las mismas. Ibáñez (1988) marca diferentes conceptualizaciones retomados de la línea de la escuela tradicional de Moscovici (1986) entre ellos su formación, naturaleza, estructura, funciones estableciendo además una secuencia de críticas a la misma.

En cuanto a su formación Ibáñez (1988) destaca que las representaciones provienen de un fondo cultural de la sociedad, este fondo tiene un trasfondo histórico que el que de la sentido y

significado a las representaciones; en cuanto a las fuentes de las representaciones indica: “las representaciones sociales se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales, históricas que caracterizan a una sociedad determinada y el sistema de creencias y de valores que circulan en su seno” (p.40). Por lo mencionado las representaciones se encuentran vinculadas a una sociedad, siendo los sujetos producidos y producto del entorno en el cual se encuentran.

Según Ibáñez (1988) las representaciones sociales, además de vincularse al conjunto de elementos citados se originan según sus propios mecanismos internos de formación, estos son la objetivación y el anclaje, expuesto anteriormente. Quedando como tercera fuente de representaciones las diferentes modalidades de comunicación social, destacándose la comunicación interpersonal producida en la vida cotidiana de los sujetos, es la vida cotidiana, a través de la conversación diaria, una fuente de materiales para formar las representaciones sociales. Ibáñez (1988) indica que los sujetos se encuentran expuestos a diferentes contextos conversacionales, por lo que los diferentes contextos dan o se vinculan a diferentes conformaciones de representaciones sociales.

En relación a las escuelas delimitadas por Banchs (2000), Ibáñez (1988) se refiere al estudio de los procesos sociales como indispensable para conocer el significado de las representaciones, indicando que las representaciones son sociales debido a que su producción necesita del intercambio social permanente y cotidiano. Es necesario para la configuración, la pertenencia del sujeto a diversos grupos sociales o instancias grupales que le permitan procesos de puesta en común y desarrollo representacional. Sintetiza Ibáñez diciendo: “las representaciones sociales son sociales tanto por la naturaleza de su condiciones de producción como por los efectos que engendran y por la dinámica de sus funcionamientos” (p. 45).

La propuesta de Ibáñez (1988) en cuanto a la estructura y los mecanismos de las representaciones parte de tres ejes propuestos por Moscovici en su primera obra: la actitud (orientación evaluativa en relación al objeto de representación); la información (con respecto a los objetos representados, es así que la pertenencia a distintos grupos marca la cantidad y precisión de la información) y por último el campo de representación (hace referencia a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la representación). Según su propuesta el campo de representación se organiza en el “esquema figurativo” este núcleo organiza la representación y otorga significado al resto de la configuración. El núcleo sería conformado por el proceso de objetivación el cual transforma diferentes contenidos en imágenes o formas icónicas accesibles al pensamiento concreto.

Ibáñez (1988) a su vez destaca las tres etapas de la objetivación, la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización, estas etapas se conforman en un proceso complejo debido a que pasa desde la selección de elementos o conceptos a su ordenamiento para cerrar con la incorporación al núcleo figurativo. El anclaje por otra parte viene a ser la contracara de la objetivación e implica, como se ha explicado, la reproducción de la representación en el mundo social.

Los elementos desarrollados son tomados en cuenta debido a que dentro de la problematización de la investigación las representaciones aparecen como una categoría que circula y entrecruza diferentes niveles de categorías, Ibáñez se acerca al debate desde ejemplos claros y concisos que contribuyen a la comprensión de las mismas, explica la manera en que los sujetos se apropian de la teoría, fenómeno, creencia o concepto y traducen esas conceptualizaciones abstractas al plano de lo figurativo, de esa manera no solo logra establecer nexos con la sociedad en la cual vive, sino que logran comprender y darle una interpretación al medio que lo rodea.

2.3.1.3 El debate posible entre las diferentes posturas.

Las posturas presentadas responden a la necesidad de ampliar el marco conceptual vinculado a las representaciones sociales, desde diferentes ángulos los autores tratan de esclarecer los conceptos y proponer críticas y aclaraciones sobre el tema. Se comenzó con la propuesta original de Moscovici y Jodelet (1986) para sentar bases directas del autor, posteriormente se tomó a Wagner y Hayes (2011) quienes detallan elementos relacionados a la historia de la psicología y la psicología social y cómo irrumpe la teoría de las representaciones sociales en los esquemas teóricos, rescatando de este apartado el análisis pormenorizado que realizan al conocimiento del sentido común.

En una lectura más esquemática Banchs (2000) desarrolla las dos principales tendencias dentro de las representaciones, haciendo un análisis claro y detallado de los mismos pero a la vez accesible a la comprensión y por último Ibáñez (1988) se centra en dividir y esquematizar los elementos y características de las representaciones estableciendo ejemplos que permiten aún más el acercamiento a las mismas.

Como es posible observar, la secuencia se pauteó desde los aportes directos y complejos a aquellos específicos y de fácil acceso, considerando que los mismos se encuentran dentro de una postura más cercana a la procesual. En cuanto al estudio del proceso de configuración de las representaciones, este implica el análisis de la historia, las creencias, la cultura y las prácticas a través

del lenguaje, la narrativa y la interacción cotidiana, lo cual es apropiado para la investigación propuesta. Si bien Ibáñez realiza una crítica en cuanto a las dificultades metodológicas para trabajar o analizar las representaciones, es necesario conocer diferentes posturas para poder ampliar y fundamentar, considerando la crítica, la importancia de estos elementos para el trabajo social.

2.3.1.4 Análisis y posicionamiento desde el trabajo social.

Con respecto al análisis y posicionamiento desde el trabajo social, se retomaron y analizaron diferentes perspectivas a fin de dar cuenta de la mejor manera de aproximar los aportes de la psicología social al campo del trabajo social, sin psicologizar la disciplina. Para ello y desde el planteamiento de la investigación se basó la selección en los aportes de trabajo social, o en las perspectivas disciplinares propuestas por diferentes estudiosos que dieran paso o habilitaran a la disciplina a retomar aportes de la psicología social, dando cuenta además de la utilidad de los mismos.

A tal fin se trabaja con la propuesta de Karsz (2009) y Carballeda (2013), quienes en sus últimas obras reconocen desde diferentes posturas teóricas la importancia del conocimiento de las representaciones sociales para la disciplina. Ambos habilitan la incursión de profesional del trabajo social en este campo conceptual, considerando para ello una intervención e investigación en lo social que parta de la comprensión del otro sin perder de vista la relación entre la singularidad y lo estructural a lo que se vinculan.

Por otra parte Karsz (2009) y Carballeda (2013), trabajan e investigan en el campo de la salud mental lo cual otorga legitimidad a la propuesta, es decir, considerando los exponentes disciplinares estos abren paso a la mediación conceptual de una disciplina a otra, a la llamada migración conceptual, por lo que el estudio de las representaciones permite abrir la lectura del trabajo social a un marco conceptual que puede brindar alternativas para la comprensión de los fenómenos sociales con los cuales trabaja.

La postura que se asume en la investigación, luego del análisis de diferentes perspectivas y considerando las características del fenómeno en estudio son los aportes mediados de la escuela tradicional de las representaciones sociales, es decir la escuela primera de Moscovici y Jodelet (1986) actualizada por las revisiones de Banchs (2000) e Ibáñez (1988). Se retoma esta postura porque responde a los objetivos planteados en torno a cómo las mujeres madres que padecen un estado depresivo, han construido el proceso salud enfermedad, como también cuáles son las creencias, historias, elementos culturales, símbolos y prácticas que demarcan el proceso repre-

sentacional. Interesa a la investigación los significados y al trabajo social la forma de estudiar los significados como aproximación a una intervención centrada en la comprensión e interpretación del Otro.

2.3.2 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN SU VINCULACIÓN CON LA SALUD Y EL GÉNERO: UN ENLACE CON EL PODER.

2.3.2.1 El estudio de las representaciones sociales con relación al proceso salud-enfermedad mental.

Una de las referentes considerados para el estudio de las representaciones sociales en torno al proceso salud enfermedad mental es De Souza Minayo (2009) quien realiza un estudio de la salud en el plano de la primera categoría propuesta, desde una perspectiva sociológica. Al respecto indica que desde inicios del siglo XX la salud y la enfermedad desde las diversas disciplina se guiaron por el paradigma dominante que centraba el proceso en lo netamente orgánico y objetivo; el cambio implicó la consideración de la vivencia de las personas y de los grupos sociales caracterizadas por un contexto particular, reseña que la enfermedad más allá de ser un hecho biológico es también una realidad construida donde el enfermo es un personaje social.

Partiendo de lo expuesto, la salud/enfermedad tendría un discurso particular en cada sociedad y momento histórico, vinculado también a la visión del mundo como a su organización social, según sus dichos. Citando a la De Souza Minayo (2009) se recalca lo siguiente:

hay un orden de significaciones culturales más abarcativas que anuncia la mirada dirigida sobre el cuerpo que padece y muere, el lenguaje de la enfermedad (...) es un lenguaje que se dirige a la sociedad y a las relaciones sociales de forma histórica (...) se busca en el médico la legitimidad social de la situación (...) (p. 199).

Con este aporte sitúa la enfermedad no solamente como un hecho objetivo sino como una construcción cultural que se vincula a las interacciones del sujeto con su medio.

Para De Souza Minayo (2009) el sujeto toma actitudes y comportamientos en relación a su estado, de esta manera se torna enfermo para el otro, para la sociedad, entre las significaciones culturales sobre salud/enfermedad el cuerpo enfermo es un espacio de debilidades y decaden-

cia, simbolizando la precariedad individual y social. La enfermedad como la salud, siempre se vinculan y son una realidad socialmente construida por interpretaciones vinculada a valores, tradiciones, creencias o a la religión, adquiere significado desde el momento que el sujeto tiene el lenguaje y la capacidad de simbolizar para explicar aquello que lo aqueja.

De Souza Minayo (2009) indica que a través de la experiencia de la enfermedad y de la salud el sujeto habla de sí, de lo que lo rodea y de las condiciones de vida en las cuales se encuentra, vinculándose a su vez con estructuras económicas, culturales, políticas y sobre una organización social que marca pautas en los modos de enfermar y de vivir dicho proceso. Ahora, si bien la línea planteada por De Souza Minayo (2009) se encuentra en el plano de la sociología es posible delimitar su vinculación con los aportes de la línea de la psicología social en cuanto a la importancia del contexto social y cómo a través de las representaciones sociales (dadas de manera individual por los sujetos) quedan demarcadas las pautas internalizadas de la realidad social en la cual los mismos se encuentran. Es esta realidad social la que propicia la pertinencia de estudio por parte del trabajo social, debido a que la intervención que realiza la disciplina en el plano de la salud mental son discursos que influyen en el proceso de representación de la salud mental de los individuos.

Una de las exponentes de estudios de las representaciones sociales en relación a la salud mental es Jodelet (1986) quien a través de su estudio sobre las representaciones de la locura, indagó por medio de la observación cómo se construían las representaciones sociales en torno a la enfermedad mental en una comunidad. Destacó el hecho que a pesar de no existir una abierta discriminación, la vida cotidiana y el trato hacia las personas con un padecimiento mental era diferente, enuncia por ejemplo, que a pesar de saber que la enfermedad no es contagiosa, manejaban todo tipo de utensilios separados de los utilizados para el resto de la familia, dando cuenta, que más allá de los discursos en torno a la salud mental, se tejen prácticas en torno a la misma.

En relación a lo expuesto, Mora-Ríos (2010) expone que Jodelet recupera la vida cotidiana de los sujetos en su multiplicidad de facetas estructurales, ideológicas y culturales; retomando los supuestos epistemológicos que consideran que lo importante de las representaciones sociales en el plano de la salud es el dilucidar cómo se constituyen, lo cual remite a la búsqueda del proceso más que buscar lo fijo o constante. La búsqueda para Mora-Ríos (2010) está en el significado del orden simbólico y de los contenidos de dichas representaciones, esto implicaría emplear el concepto de orden simbólico de las representaciones sociales.

Entrar al plano de lo simbólico abre la puerta a su relación con la hermenéutica vinculada con la interpretación y con la visión de un sujeto productor de significados mediante el lenguaje,

existiendo una multiplicidad de significados y sentidos sociales, para delimitar las representaciones sociales de la salud mental. Una de las ventajas planteadas por Mora-Ríos (2010) es el hecho de que las representaciones tienen una visión integral al asumir la unión mente-cuerpo en relación al contexto. Otro aporte es retomar al sujeto como actor social activo lo que implica que de manera constante construye y reconstruye los significados, es decir que a través de su práctica cotidiana se van modificando los significados, lo cual implica a quien investiga no buscar en sí un contenido estático, sino la constitución del dinamismo de los procesos de conformación de las representaciones.

Por otra parte Flores Palacios (2010) acentúa la representación social de lo femenino y masculino como atravesado por el orden cultural delimitado por la ideología patriarcal, esta ideología marca y sustenta los roles socialmente determinados, vinculándose a las expectativas de lo esperado para mujeres y para hombres. La unión entre las representaciones sociales, género y salud, deviene del hecho de que la representación permite acceder a los denominados malestares de género, esto posibilita tener en cuenta diferentes elementos históricos, culturales sociales y contextuales que dan sentido a la organización emocional de las personas considerando el rol que les es asignado socialmente.

A modo de síntesis los aportes de las escritoras mencionadas además de ser complementarios dan cuenta de la complejidad del trabajo con representaciones sociales en el campo de la salud y la salud mental en particular, sin embargo abren espacios a nuevas relaciones y diversas maneras de comprender la realidad. Desde el trabajo social el estudio de las representaciones no implica como se mencionó, tomar el camino disciplinar de la psicología social, sino hacer uso de la postura teórica a fin de comprender las diversas problemáticas del campo de la intervención en salud mental. La mediación al trabajo social de la teoría pasa por su vinculación con el género, el poder y la salud habilitados como puntos a tener en cuenta por diversos exponentes del trabajo social. De esta manera la disciplina retoma lo histórico, cultural y contextual que es propio de su intervención profesional, dado que el profesional no trabaja solo con el sujeto sino con el detrás de los significados sociales que le dan sentido a su discurso, en el caso presentado al discurso del proceso salud enfermedad y al de género.

El siguiente apartado tratará específicamente los estudios sobre representaciones sociales en el marco de la depresión y la maternidad a modo de establecer vínculo con la metodología y los instrumentos posibles de ser utilizados en la investigación.

2.3.2.2 El estudio de las representaciones sociales con relación al género.

Una de las exponentes mexicana que vincula la teoría de las representaciones sociales tomada como categoría con la categoría género es Flores Palacios (2001), la psicóloga en su libro *Psicología social y género* destaca en primera instancia el sexo como objeto de representación social, considerando las transformaciones y cuestionamientos que en la actualidad presenta la representación. El sexo, desde su postura, es una construcción simbólica y ha sido un instrumento social ordenador de prescripciones para el comportamiento de mujeres y hombres a lo largo de la historia.

Al vincular la psicología social en relación al género Flores Palacios (2001) establece la siguiente definición: “el género se define como un sistema ideológico cuyos distintos procesos orientan el modelaje de las representación social diferenciada de los sexos, determinando formas específicas de conducta asignadas en función del sexo biológico” (p.7). Teniendo en cuenta esta definición el género queda conceptualizado como un sistema de regulación social que orienta una estructuración cognitiva específica, que es construida desde lo biológico y lo cultural.

En su obra Flores Palacios (2001) revisa los aportes de la teoría de las representaciones sociales, tomando para ello los dos procesos fundamentales desarrollados por Moscovici (1986) y referenciados en el apartado anterior: el proceso de objetivación y el de anclaje. Remite a cómo la noción de representación social implica una forma de conocimiento llamado “sentido común”, anclándose a su vez la representación cuando adquiere un significado estable, en un sistema de relaciones históricas que le dan sentido al objeto en la red. Entre las condiciones de la representación destaca la inseparabilidad entre los procesos y el contenido de pensamiento social siguiendo los aportes de Marková (1998) quien indica que las dimensiones ontológicas y epistemológicas de los fenómenos socio-culturales simbólicos son mutuamente interdependientes.

Desde una orientación procesual, expuesta con anterioridad, Flores Palacios (2001) explica que insertadas las representaciones en esta línea, se explican las diferencias en las estructuras cognitivas en función del sexo como resultado de regulaciones sociales. Es así que delimita la adquisición del género como un trabajo de construcción social por lo que debe ser estudiada como tal, lo que implica analizar que la diferencia entre sexos en el orden social es adquirida y administrada, no natural y no innata llegando a ser vista de esta manera por el peso de las tradiciones y de la historia. Según lo referenciado por Flores Palacios (2001) indica que: “la imposición ideológica prescribe que una vez constituida, la identidad de género se convierte en

el centro de la conciencia de forma permanente e inmutable” (p. 23). El análisis propuesto da cuenta de una visión de género unida a la noción de construcción donde cobran relevancia las tradiciones, la historia y la cultura, aportando de esta manera a lo desarrollado anteriormente.

En otro de sus aportes Flores Palacios (2001) anuda las representaciones sociales y la categoría género con la idea de poder, al cual vincula con la noción ideológica de la diferencia entre sexos, de esta manera sería la diferencia la que marca las prescripciones orientando y armando estructuras cognitivas diferentes; estos esquemas estarían determinados por valores diferenciales para uno y otro sexo, por lo tanto considera que la representación social del sexo es importante para fundamentar los valores diferenciados que sostienen las prácticas en la sociedad. Las contribuciones en torno a la relación con el poder quedan delimitadas con la manera diferencial en la que las mujeres se encuentran sujetas a la sumisión frente al poder de la cultura patriarcal.

Según lo mencionado Flores Palacios (2001) marca una diferencia importante de destacar: “no son las diferencias biológicas o las especificidades de las funciones reproductoras de cada sexo las que determinan socialmente la desigual valoración de esas funciones, la valencia diferencial de los sexos asignada por particularidades biológicas orienta la diferencia social (...) (p. 37). Retomando los apartados precedentes las funciones de maternazgo se ubican en el ámbito privado por lo tanto la construcción de lo femenino se encuentra sujeto a funciones desvalorizadas. El poder es vinculado en relación a una doble acción según se cita, como productor y reproductor de una estructura colectiva, la que constituye el punto de partida de las representaciones sociales, el poder desde esta perspectiva, coincidente con la de Foucault en cuanto es un poder emergente y dependiente de la situación, no estático o sujeto a factores internos, sino que se vincula directamente con la situación social.

Según lo mencionado el poder entra a jugar un papel importante en el estudio desde una perspectiva de género, siendo considerado como transversal y dinámico no se encontraría centrado en una sola persona o situación sino que circula en distintas direcciones, esta visión del poder le permitiría a la mujer ubicarse en un lugar dentro de la historia evitando caer en el reduccionismo de una sumisión naturalizada, así las relaciones de poder entre las mujeres y los hombres serían cambiantes y móviles dependiendo de las circunstancias culturales, históricas y contextuales.

En su desarrollo Flores Palacios (2001) establece tres niveles del sistema de género definidos a modo de procesos en los cuales vincula el género, las representaciones sociales y las relaciones de poder. El primero es el denominado proceso ideológico: centrado en la oposición instituida de la diferencia, las representaciones sociales se nuclearían en relación a

la misma quedando éstas aglutinadas en este aspecto. A nivel metodológico el estudio implica la búsqueda de elementos macro-sociales, ideológicamente constitutivos de la diferencia del rol sexual.

El segundo proceso es el identitario centrado en la irreversibilidad y centralidad. En contrapeso con esta postura ubica a Tubert (1996) quien advierte sobre las dificultades de la visión socioantropológicas debido a que puede llegar a un esencialismo psicológico. Esta visión esencialista llevaría a pensar en que existe un género adquirido irreversible, adquiriendo ventajas analizar el género desde una visión de construcción social con lo cual se transforma en objeto de representación como categoría social. La visión propuesta por la Flores Palacios (2001) permite delimitar el rol activo del sujeto en los proceso de producción y reproducción de la diferencia de roles, de esta manera no habrían roles irreversibles sino cambiantes según las circunstancias culturales y sociales.

El tercer proceso es el actitudinal, este se vincula con el rol sexual; la caracterización de este rol se establece alrededor de tres órdenes: afectivo, cognitivo y conductual, dependiendo a su vez de los dos procesos anteriores. Al respecto Flores Palacios (2001) marca: “los elementos cognitivos, afectivos y conductuales que se pueden observar directamente en esta dimensión, surgen como efecto de la representación social que orienta la estructuración de la identidad sexual, así como del sistema social prescriptivo” (p. 71). Lo cognitivos puede estudiarse desde la noción del estereotipo, pudiéndose tomar, según la investigadora, la noción de prototipicidad, para evaluar el lenguaje jerarquizado, permitiendo acceder a las visiones o construcciones de los ideales establecidos, a prácticas, mitos y creencias.

Lo expuesto se relaciona con la problematización propuesta en la investigación dado que las representaciones sociales se darían en un proceso de permanente cambio aunque algunos elementos se mantengan estables por más tiempo, las modificaciones se producen a través del lenguaje, las prácticas y en el transcurrir de la vida social y cotidiana de los sujetos. Por lo tanto más allá de que exista una práctica ideológica que prescribe roles diferentes, existen posibilidades de cambio aunque de las representaciones sociales o de la forma en que los sujetos analizan su realidad social.

Flores Palacios (2001) en su texto marca una variedad de conceptualizaciones y relaciones entre las categorías propuestas, lo recapitulado es a modo de referencia conceptual considerando los puntos más relevantes para la investigación. Los aportes expresados a continuación son de la misma referente en conjunto con Jazmín Mora Ríos (2001), ambas trabajan las representaciones

sociales, primero en relación a la epistemología de género para llevarlas a un plano metodológico y luego al campo de salud mental, el cual será especificado en el siguiente apartado.

El segundo texto citado de Flores Palacios data del año 2010, y se titula Investigación Feminista, en el mismo da a conocer la relación entre la teoría de representaciones sociales y el género. Complementando lo destacado en párrafos anteriores, indica que ambas líneas de trabajo tienen un origen histórico similar, marcando en cuanto a las representaciones sociales que la centralidad de las mismas se ubicaría en el rol de género. La resistencia se encontraría en la cultura, la ideología y la religión, debido a que por su poder son difícilmente modificables, refiere: “su efecto de naturalización e internalización en la conciencia colectiva representa la garantía de su propia estabilidad” (p. 341). Frente a ello el rol de género delimitado desde la problematización de la investigación implica una complejidad que supera lo visible.

Otro de los aportes de Flores Palacios (2010) en el texto citado es la recuperación de las representaciones en cuanto proceso dinámico, aduciendo su construcción a partir de la cultura por lo que es susceptible de de-construirse y re-construirse de acuerdo al contexto en el cual se encuentre el sujeto. Considera a las representaciones sociales como paradigmas donde el sistema representa la totalidad de los elementos ideológicos, creencias, valores y normas que constituyen las relaciones sociales, destacando la complejidad en el estudio de las representaciones.

Específicamente en cuanto a la relación entre representaciones sociales y la categoría de género Flores Palacios (2010) indica que como tal, la categoría puede ser entendida como: “punto de intersección y de explicación de los comportamientos sociales de las mujeres anclados en representaciones hegemónicas (...)” (p. 345). Este punto y cita referenciada incluye la visión de que solo desde una categoría no sería posible comprender la condición de las mujeres debiendo por lo tanto recurrir a relaciones categoriales que así lo permitan.

La autora vincula la teoría de las representaciones con el género y con la noción de ideología, en cuanto a que en el discurso de género puede identificarse el contexto ideológico en el cual este se produce, lo que hace necesario su conocimiento en el plano de la investigación para evitar la repetición de esquemas ideológicos a priori que naturalizan las relaciones y las interpretaciones acerca del objeto de estudio. Retoma a Jodelet (1986) en cuanto a su consideración del objeto el cual indica que: “mirado como una realidad no pertenece a lo vivido de la conciencia: su existencia no es más que el correlato de una estructura de vivencia que se despliega en el movimiento de una experiencia afectiva, (...) es el significado de la experiencia con el objeto lo que debemos interpretar (...)” (p. 350). Según este postulado es necesario considerar a la mujer

como objeto de estudio estableciendo como prioritario la recuperación de la narrativa, debido a que las considera sujetos de enunciación y de poder.

La metodología propuesta se centra en un enfoque cualitativo priorizando una aproximación del tipo multimetodológica basado en las necesidades de los grupos en estudio, lo principal según sus palabras, es delimitar el objeto de representaciones y dimensionarlo para elegir la técnica adecuada para su comprensión. Las propuestas en torno a las herramientas cualitativas privilegiadas son la entrevista en profundidad, los grupos focales o de discusión y la observación participante entre otras.

En síntesis los aportes de la Flores Palacios (2010) se centran en la vinculación entre la teoría de las representaciones sociales y el género, estableciendo nodos de encuentro entre ambos a modo de dar cuenta de la complejidad de las relaciones y de la comprensión de la situación en la cual se encuentran las mujeres. Además de esta relación, la vinculación con lo ideológico con las relaciones de poder que se establecen a través de prácticas y discursos dan sustento a la investigación propuesta anudando los aportes trabajados en los apartados anteriores del marco conceptual. El priorizar la herramienta cualitativa da cuenta de un camino diferente para el trabajo social, en el campo de la investigación, además de vincularse no solo con aportaciones teóricas sino con aportaciones en el plano de la intervención profesional.

En el siguiente apartado se trabajarán las representaciones sociales en relación al proceso salud enfermedad en primera instancia dando paso a la relación entre las representaciones sociales, la salud mental y el género como forma de acercarnos al objeto de estudio.

2.3.3 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN SU VINCULACIÓN CON LA DEPRESIÓN DE LAS MUJERES MADRES

2.3.3.1 La depresión como objeto de estudio de las representaciones sociales.

Con respecto a las representaciones sociales de la depresión se delimitaron investigaciones a nivel internacional y nacional a tal fin se retoma el artículo denominado, Diferenciación de las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. En el mismo su realizadores Goerg, Fischer, Zbinden y Guimó (2004) quienes consideran que el estudio de las representaciones sociales se vincula con la percepción de familiares y profesionales que atienden el padecimiento mental, delimitando pautas que son de importancia para el tratamiento

del mismo. Para la realización del estudio apelaron a un enfoque de tipo cuantitativo con muestra estratificada, la cual vincularon con historias clínicas lo cual queda encuadrada dentro del estudio de caso. Los resultados del trabajo fueron que los familiares no diferenciaban los trastornos psiquiátricos como la depresión o la esquizofrenia, no pudiendo establecer diferenciaciones con su tratamiento. Si bien no se trabajó desde una perspectiva de género el estudio da cuenta del trabajo con representaciones desde un enfoque cuantitativo.

Otro estudio retomado en cuanto a la vinculación entre representaciones sociales y depresión es el realizado por López, y Saavedra (2012) entre otros autores quienes realizan un trabajo titulado *Imágenes de la locura, la enfermedad mental y la depresión en Sevilla*. Dicho estudio es, al igual que el anterior de corte cuantitativo, para el cual utilizaron instrumentos de tipo socioantropológicas de la OMS para dar cuenta de las diferencias en cuanto a representaciones de los tres términos propuestos. Los instrumentos se basan en establecer comportamientos y atribuciones enlazados a la locura, la enfermedad y la depresión.

El resultado de este trabajo da cuenta de las diferentes percepciones en torno a los tres conceptos nombrados; la locura es vinculada a la idea de peligrosidad y la incurabilidad, mientras que la enfermedad mental es un concepto más actual y que no tiene las connotaciones negativas de la locura, mientras que la depresión es un concepto más conocido y presenta una actitud más favorable en cuanto a su entendimiento y atención. La importancia de este estudio es el hecho de que las representaciones se vinculan a la manera en que ciertos conocimientos científicos como lo planteaba Moscovici en su libro, llegan a la sociedad y son procesados de manera tal que los incorporan al repertorio del conocimiento del sentido común.

En México uno de los estudios referidos en relación a las representaciones sociales y la salud mental es la realizada por Mora-Ríos (2010), cuyo trabajo se titula *Intervención comunitaria, género y salud mental, aportaciones desde la teoría de las representaciones sociales*. Dicho trabajo se vincula con el género, anudando los conceptos ya revisados, la autora realiza una crítica a los programas denominados comunitarios debido a que considera que solo informan en lugar de promover la participación de los sujetos en la toma de decisiones respecto de su salud. Destaca la existencia de una especie de ceguera de género de parte de las intervenciones en salud donde esta categoría no es considerada, haciendo hincapié en el plano de la salud mental, por lo tanto no existen explicaciones sobre el papel de la identidad de género en los modos de padecer de las mujeres y los hombres, siendo necesaria la comprensión de la misma para mejores intervenciones y para que el sujeto recupere un papel activo en su salud mental.

La investigadora Mora-Ríos (2010) realiza un estudio considerando a los profesionales, las instituciones y teniendo en cuenta la formación en relación a la salud mental, siendo esta escasa y casi inexistente, por lo tanto los alumnos devenidos luego en profesionales carecen de una formación particular en salud que les permita intervenir e investigar en este campo. La propuesta metodológica que presenta es el multimétodo para el trabajo con representaciones sociales, los motivos por los cuales selecciona esta línea es por: la naturaleza social de las representaciones sociales lo que implica que la complejidad de las mismas difícilmente pueda ser trabajada por un solo método, debido a que involucra ideas, creencias, valores, prácticas, sentimientos, actitudes etcétera. Segundo, los significados no pueden ser capturados desde una sola aproximación metodológica y tercero, el carácter dinámico de las representaciones sociales plantea que las interrogantes se reformulen durante todo el proceso, por ello para captar el cómo se crean, funcionan, y cambian se necesitan diferentes métodos de aproximación.

El aporte del trabajo mencionado se centra en la concepción y vinculación de las categorías propuestas al igual que la perspectiva metodológica que se abre al estudio de campo a través del multimétodo, teniendo en cuenta un enfoque cualitativo a diferencia de los estudios internacionales citados. Es así que las diferentes perspectivas hablan de la complejidad de las representaciones sociales tanto se trabaje con la maternidad o con la depresión, sin embargo cabe destacar que hasta el momento no se han encontrado estudios sobre representaciones sociales del padecimiento depresivo vinculado a mujeres madres, considerando la maternidad desde una perspectiva de género.

La postura para el trabajo de investigación parte de una visión cualitativa y flexible, retomando las representaciones sociales como proceso vinculadas al padecimiento depresivo de las mujeres madres como construcciones sociales, culturales, históricas y contextuales cuyos contenidos varían y para los cuales se necesitan aproximaciones metodológicas diversas a fin de dar cuenta de la complejidad que las entreteje.

2.3.3.2 La maternidad como objeto de estudio de las representaciones sociales.

Entre los estudios referidos a las representaciones sociales en torno a la maternidad, a nivel internacional se menciona el realizado por Gómez –Sotelo (2012) titulado Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y mutigestantes en Bogo-

tá, si bien el estudio es realizado en relación a madres adolescentes se retoma como parámetro el estudio en relación a la representación y la maternidad. En cuanto al objetivo planteado el mismo se sitúa en caracterizar las representaciones sociales de la maternidad de los sujetos en estudio expuestos. Tomando como referencia el enfoque cualitativo, estableciendo como principales métodos de recolección, la red de asociaciones, entrevista en profundidad y la observación participante.

Los resultados consignados, más allá de dar cuenta de una realidad diferente dada por los sujetos en estudio y por el contexto, da cuenta que las representaciones se vinculan a la postergación de los estudios y un nuevo estatus social. Lo importante a destacar de este estudio es el corte procesual del mismo durante el cual se tuvieron en cuenta características socio-económicas y educativas de los adolescentes. Mientras que la observación en este trabajo fue realizada en el hogar de las adolescentes, para delimitar las características del contexto familiar, estableciéndose además en otra instancia la técnica de la asociación de palabras.

Otro de los estudios sobre maternidad y representaciones sociales es el realizado en España por Moncó (2006) cuyo artículo titulado Madres solteras por elección: representaciones sociales y modelos de legitimación. Nuevamente, si bien no responde al problema específico vinculado a la depresión, da cuenta de la representación de la maternidad. El método planteado por las investigadoras es de corte cualitativo, utilizando entrevistas en profundidad, estudio que tiene como resultado el hecho de la necesidad de legitimación social por parte de las mujeres del estatus de madre soltera, marcando una diferencia entre aquellas madres solteras cuyo hijo había sido adoptado y aquellas en las que no. El aporte de este trabajo se encuentra en la metodología utilizada la cual coincide con la planteada en el estudio anterior.

Los estudios revisados responden en su mayoría al análisis de las representaciones sociales en madres adolescentes, estableciéndose si la información a nivel de libros y análisis que trabajan la maternidad y mencionan las representaciones sociales construidas en torno a la misma. Otros estudios sobre representaciones refieren específicamente a las mismas en relación a la sexualidad o a especificaciones en torno a por ejemplo representaciones de la maternidad en madres sin hijos.

Lo que puede establecerse como parámetro entre los diferentes estudios revisados, es el centrarse particularmente en la maternidad adolescente, la utilización de una metodología cualitativa, que retoma la perspectiva de género en relación a la maternidad desde el punto de vista de construcción cultural y en tanto da cuenta de la ideología patriarcal, recuperando para ello el dis-

curso de las mujeres por medio de la entrevista en profundidad y la noción de representaciones como proceso según lo delineado por Jodelet (1986). Otro de las características comunes es que los estudios en su mayoría son de psicólogos no encontrándose al momento trabajos realizados sobre el tema por parte del trabajo social.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE

El planteo del diseño metodológico para la investigación parte y se vincula con las discusiones de la problematización, de los objetivos así como del marco teórico. El enfoque seleccionado es cualitativo, teniendo en cuenta que se partió del mismo para constituir el posicionamiento pertinente para la observación inicial del fenómeno. El tipo de estudio propuesto fue retrospectivo, descriptivo y recursivo. Siguiendo como concepción la hermenéutica según lo propuesto por Mendicoa (2003) y Álvarez – Goyou (2013).

El enfoque cualitativo planteado conlleva la recuperación de la construcción de las representaciones sociales, lo cual se relaciona con la historia de vida y su principal técnica, la entrevista en profundidad. Considerando además que las características pueden responder a un tipo de diseño emergente en cuanto se pautó como susceptible de ser modificado en el transcurso del trabajo. La investigación trata de abrir interpretaciones sobre el fenómeno, profundizando situaciones particulares, es decir, analiza el padecimiento depresivo en la particularidad de las mujeres madres que han sido diagnosticadas con el mismo; estudiando el mundo de representaciones previo a dicho paso.

El enfoque se retoma, por su flexibilidad en relación a los métodos y debido a la revisión constante de los pasos del proceso. Según los aportes de Vasilachis de Gialdino (2007), la investigación cualitativa es considerada multimetódica, naturalista e interpretativa; en cuanto al primer aspecto se considera dos métodos propios del enfoque como lo son la microetnografía y la historia de vida, en cuanto a su carácter naturalista el trabajo se plantea en el contexto de los acontecimientos reales y concretos, lo cual se realiza con la inclusión en el proceso grupal establecido en la institución. El aspecto interpretativo se vincula al multimétodo dado que se trabaja con la noción planteada por Creswell (1998) citado por Vasilachis de Gialdino (2006), en cuanto a la existencia de una primera interpretación realizada por los sujetos y una reinterpretación realizada por quien investiga. (pp.24-25)

La selección del enfoque basado en la búsqueda de sentido, significado e interpretación que los propios sujetos le otorgan al fenómeno en estudio, se vincula a las representaciones sociales en cuanto recuperación de este significado, rescate posible a través de la investigación cualitativa, la que delimita un dato flexible propio al estudio representacional desde la corriente procesual. Por otra parte se marca de Vasilachis de Gialdino (2006) la recuperación de los cuatro rasgos de la investigación cualitativa de Flick (2012) con los cuales se identifica al tema de investigación planteado;

El primero vinculado a la adecuación de los métodos y las teorías, debido a que pretende descubrir datos relevantes de las representaciones sociales de la depresión y como la visión desde este enfoque conlleva a una práctica profesional dentro del paradigma comprensivo que se contraponen al paradigma funcionalista prevaleciente en la intervención profesional. En segundo lugar plantea como rasgo la perspectiva de los participantes y su diversidad; este aspecto se considera con base al estudio del conocimiento de los sujetos sociales tanto de lo que piensan y sienten como de sus prácticas, este rasgo se encuentra relacionado con la postura tradicional del estudio de las representaciones sociales, siendo pertinente su uso para el trabajo desde el trabajo social.(p.26)

El tercer rasgo se centra en la reflexividad del investigador y de la investigación; al respecto se retoma la subjetividad de ambos, según la temática presentada, una de las características a destacar es la recuperación de la subjetividad del trabajador social frente a la investigación, quien lejos de ser un ser neutral frente a la problemática, se transforma y transforma al Otro al abordarla. Por lo tanto el estudio de las representaciones sociales en torno a la depresión, coloca al trabajador social que investiga en una posición susceptible de ser analizada por el nivel de involucramiento teórico en la misma, debido que la interacción también lo modifica a él. A través de la investigación cualitativa el investigador se aleja de la visión funcionalista marcada la creencia de la neutralidad frente al fenómeno. (p.27)

Por último, se destaca como rasgo de la investigación cualitativa, el hecho de la utilización de una variedad de enfoques y métodos; lo cual abre la posibilidad a los aportes metodológicos que serán desarrollados en los siguientes apartados, coincidente con los postulados de Flores Palacios (2009) en cuanto a la posibilidad de utilizar diversos métodos para el trabajo con representaciones sociales (p.27)

Paralelo a los rasgos propuestos por Flick (2012) se reconoce como finalidad del enfoque el hecho de comprender los significados que los actores dan a sus acciones y a la vida cotidiana que transitan y construyen. Se apunta a la recuperación de las narrativas consideradas como

representación de la vida cotidiana, la cual es espacio de intervención del trabajo social, siendo la misma característica de la propuesta de investigación centrada en la singularidad y en la capacidad profesional para la re-vinculación de los sujetos con su historia social.

Por otra parte, frente a la pregunta del para qué sirve la investigación cualitativa planteada por Vasilachis de Gialdino (2006), llevada al plano del para qué o cuál es la utilidad de la investigación cualitativa en trabajo social, en particular en el campo de las representaciones, se arriba a la respuesta planteada por la autora en cuanto se trata de una propuesta para la disciplina. Implica la recuperación del conocimiento de la vida cotidiana, misma que puede vincularse a posterioridad con las nociones de intervención situada en el plano de la intervención profesional. La elección se debe a la búsqueda del entorno contextual expuesto a través de la narración del fenómeno en estudio en cuanto se vincula a la construcción social, de las representaciones, del padecimiento depresivo. Por otra parte el enfoque cualitativo permite acceder al mundo de los significados del sentido común propio de la vida cotidiana de los sujetos, la cual se establece como espacio para la intervención y la investigación desde la mirada del trabajo social.

El trabajo con representaciones sociales del padecimiento depresivo en mujeres madres desde la visión del trabajo social, implica lo que Vasilachis de Gialdino (2006) califica como “investigaciones sensibles” debido a las características del tema, lo cual exige como investigador el análisis de las pautas transferenciales y contratransferenciales vinculado tanto a lo dicho como a lo no dicho por las participantes de la investigación. (p.34) Se responde al desafío de la investigación con la experiencia previa en el tema, lo cual permite lo que Strauss y Cobin (1990) indican como necesario para el logro del pensamiento abstracto, es decir la distancia analítica necesaria para el trabajo teórico, pero a su vez la suficiente sensibilidad para el establecimiento de un vínculo que le permita a la entrevistada o partícipe sentir que su aporte resulta parte esencial para nuevas visiones de la temática.(pp.35-36)

Frente a lo propuesto, se plantea el propio reconocimiento de la investigadora en torno al tema, dando cuenta como indica Vasilachis de Gialdino (2006), que el propio investigador es productor de datos, o como se expuso, la reinterpretación de una realidad que es interpretada por los sujetos en primera instancia, dependiendo la segunda interpretación de la capacidad del investigador para reconocerse y delimitar los efectos de la investigación en sí mismo. En relación al tema se considera como el trabajador social actúa reinterpretando la historia de los sujetos, interviniendo en el proceso tanto en el posicionamiento teórico del profesional como las características de la experiencia práctica y personal de quien investiga.(p.50)

El enfoque propuesto por Vasilachis de Gialdino (2006) sigue la línea planteada en torno a la epistemología del sujeto cognoscente y la epistemología del sujeto conocido, en particular por la búsqueda del sujeto, sin dejar de lado la interpretación y como lo dicho por el sujeto conocido se constituye en la voz activa de la construcción del conocimiento de manera conjunta.(p.50-51) Las distintas fases del método que serán desarrolladas dan cuenta de la inserción progresiva en la vida cotidiana y la participación activa en la producción de conocimientos, permitiendo detectar los cambios en el sujeto cognoscente debido a los parámetros interpretativos iniciales y los emergentes propios de la interacción en el trabajo de campo. Llevado al plano del trabajo social implica que las y los profesionales en la investigación, así como en la intervención, marcan las pautas interpretativas del sujeto que se transforma en objeto de conocimiento.

En relación a lo expuesto el trabajo desde se pauta con un enfoque cualitativo a la vez que se suma como principal línea de trabajo de las representaciones sociales y como forma de lograr a partir de la denominada epistemología del sujeto conocido una aproximación a los sujetos diferente y vinculada a la noción desde el paradigma interpretativo posible de ser retomado por la disciplina. A continuación y en el marco propuesto se desarrollaran elementos de los métodos pautados y utilizados dentro de este enfoque.

Flores Palacios (2009) destaca la necesidad del abordaje cualitativo con una multiplicidad de técnicas que permitan una mayor aproximación al estudio de las representaciones sociales en su vinculación particular con el género. Refiere cómo la investigación cualitativa abre paso a una forma diferencial de estudio refiere: “experimentan captar lo que las mujeres contextualizan y significan del mundo” (p. 353) lo cual constituye el principal argumento que afianza la indagación. Teniendo en cuenta esta visión se recupera la noción de cómo el discurso indica pautas sobre la construcción del género, en el caso presentado de la construcción de las representaciones sociales no solo del género sino del propio padecimiento depresivo. Por lo expuesto se adhiere a la consideración de que a partir del discurso es posible delimitar relaciones entre lo particular y lo social.(p.352)

Por otra parte Flores Palacios (2009) menciona cómo el trabajo con representaciones, implica la integración de múltiples elementos teniendo importancia lo afectivo en relación al significado simbólico construido. La autora si bien marca que la aproximación a las representaciones sociales, considerando el género, puede ser de tipo multimetodológica, indica como esencial la delimitación del objeto de representación en este caso vinculado al padecimiento depresivo, pero con la particularidad de ser mujeres madres quienes lo padecen o son diagnosticadas con el mismo.(p.353)

Se considera como argumento y criterio de validez la utilización del enfoque cualitativo para la investigación partiendo de la base que Flores Palacios (2009) utiliza para el estudio de las representaciones sociales mencionada tendencia, siendo considerada por ella como la más pertinente en cuanto al trabajo con mujeres. Implica por lo tanto la recuperación de la narrativa y de las múltiples dimensiones que denota, constituyéndose en eje de su estudio la recuperación del discurso del sujeto considerado como construcción social, histórica y cultural.

3.2 MÉTODOS

Siguiendo la secuencia planteada, el siguiente inciso responde a las características del diseño según el enfoque cualitativo, como también dará cuenta de los métodos utilizados en dicho diseño. Se adoptan del enfoque cualitativo dos métodos, siendo el principal la historia de vida y en un segundo lugar una aproximación a la microetnografía a través del análisis grupal realizado por medio de la observación participante, cabe destacar que a fines de análisis solo se retomaran los relatos de la historia de vida, considerando la problematización y los objetivos de la investigación. La microetnografía se menciona debido al trabajo grupal al cual se asistió durante un año y medio aproximadamente.

La argumentación del uso de la historia de vida en el análisis se basa en la búsqueda de cómo construyen las representaciones sociales del padecimiento depresivo las mujeres madres, cuáles son las características históricas de dicho padecimiento antes que fueran diagnosticadas en la institución y cómo se configuró el entretejido representacional que las llevó al servicio de salud mental. La premisa es fortalecer a la disciplina con herramientas de tipo interpretativas desde la recuperación de la vida cotidiana de los sujetos, pudiéndose transformar el análisis de las trayectorias particulares en el análisis de la trayectoria social de los sujetos. Se retoma en el marco del enfoque cualitativo un diseño de tipo flexible, según la propuesta de Mendizábal (2006) debido a que la presentación de la problematización propuesta en forma de helicoide da cuenta del devenir permanente de conceptualizaciones, como también se evidencia en considerar el marco teórico como red conceptual sensibilizadora para el trabajo con los sujetos. Prima en el trabajo la recuperación de las trayectorias históricas buscando además el carácter simbólico de las mismas.

La flexibilidad en la red conceptual o marco teórico permitió una aproximación progresiva a la problemática y ubicar a los sujetos en el lugar activo en la producción de significados, propuesta que también es referida por la escuela tradicional de las representaciones sociales y por

los referentes del trabajo social ubicados en el paradigma interpretativo. Lo expuesto da cuenta que tanto la problematización como la red conceptual que se entreteje en torno a ella se encuentra en proceso de revisión y reconstrucción.

Vasilachis de Gialdino (2006) considera como aspecto relevante del diseño la delimitación de los propósitos, si bien los mismos han sido argumentado en diferentes etapas del trabajo, en este apartado se ciñe a la utilización de dos métodos cualitativos que se enlazan o forman parte de la lógica de la investigación, el estudio desde la microetnografía y la historia de vida. Ambos métodos se encuentran presentes en de diferentes momentos marcados en la problematización; otro argumento para la utilización no solo de las categorías, sino a la aplicación de los métodos es la escasez de estudios similares en el campo del trabajo social, es decir la utilización de un paradigma comprensivo vinculado a las representaciones como mirada posible desde la disciplina.

En cuanto al diseño a plantear, de acuerdo al enfoque cualitativo, el estudio se enfocó en la convivencia con las integrantes del grupo marcando como hito la creación del grupo con el inicio de la investigación. La autora Burgos Ortiz (2011), marca la observación participante y su análisis dentro de la denominada microetnografía, según la cual se trabaja con micro-espacios institucionales; este se pauta desde la particularidad de la institución y centrado en el espacio grupal que funciona en el mismo. Por lo mencionado, el encuadre general de la investigación parte de una aproximación microetnográfica para centrarse en una segunda etapa en la historia de vida y el análisis de la misma. (pp.73-75)

La consideración de la microetnografía como aproximación fue planteada desde la entrada en campo (inicialmente retomada como trabajo grupal) en cuanto se pautó la necesidad de conocer el mundo del lenguaje y de los simbólico construido por las mujeres que asistían a las reuniones grupales, Se perfiló la necesidad de observar para interactuar y de interactuar para interpretar, tomando en cuenta la pertinencia de la construcción de la problematización desde la configuración del propio campo de interacción en el cual se encontraban las mujeres madres. Lo planteado responde a la lógica de un conocimiento localmente situado que parta de los sujetos como protagonistas del mismo, lo que Vasilachis de Gialdino (2006) denomina como el sujeto conocido. (p.50)

El retomar este método permite dar cuenta de los cambios que la investigación produce en el contexto y en el sujeto que investiga, debido a que aumenta el nivel de sensibilidad generando la construcción de un espacio de confianza dado por la interacción cultural y afectiva con los sujetos, según lo referido por Ameigueiras (2006). (p.70) El vínculo de confianza construido permitió la realización de entrevistas a profundidad sin inconvenientes, debido a los espacios

de diálogo abiertos. El trabajo desde los aspectos generales de la microetnografía, quedó en el marco de un proceso abierto, en vistas de la complejidad del espacio de investigación y su particularidad, lo que permitió seguir la evolución del proceso grupal acoplándose al mismo en función de lo que éste permitiera.

El proceso grupal realizado por las mujeres entre los 29 y 49 años en el cual se participó, se dividió en tres etapas (nacimiento del grupo, reflexiva, centrada en la tarea y muerte del grupo) donde de manera paulatina se realizó la inserción en la primera etapa grupal desde la técnica de la observación no participante, en la segunda desde la observación participante a través de la reflexión y la tercera desde la inclusión grupal a través de las tareas pautadas, lo cual se encuentra enmarcada en la aproximación microetnográfica. El análisis grupal permite la recuperación de datos culturales basados en el relato compartido en tono a la estructura familiar y social, y permitió el ingreso al lenguaje y a los procesos de construcción simbólica de las mujeres que asistían al grupo, incorporando códigos de interpretación propios del contexto del sujeto, a la vez que conocimientos del sentido común que construyen su realidad social que son indispensables para estudiar las representaciones sociales.

Se planteó una aproximación a la situación social en su contexto de desarrollo, es decir describir la interacción de las personas, su forma de pensar, su manera de comunicarse, enlistados de este modo en el estudio del lenguaje, lo simbólico y las prácticas manifestadas por las mujeres madres que asisten al grupo. Por lo tanto desde el comienzo de la investigación, la recuperación de la perspectiva del actor y el ingreso progresivo del investigador, fueron considerados indispensables en lo que se denomina como un trabajo *desde adentro* a fin de lograr aproximaciones sucesivas que permitan mayores niveles de comprensión del fenómeno social.

Debido a que la microetnografía es solo a manera de aproximación se analizaron las diferentes etapas del proceso grupal para dar lugar a los elementos delimitantes de la problematización, y de la investigación en sí, constituyéndose en base para la demarcación de las historias de vida, método que constituye el eje de la investigación propuesta y sobre el cual se realizó el trabajo de interpretación. El abordaje desde este método permite aproximarse a la comprensión de los diversos elementos que constituyen la cohesión grupal y que delimitan características que hacen únicos a cada uno de los participantes, es decir, el estudio grupal permite delimitar puntos comunes a la vez que muestra aquellos divergente en cuanto a usos, creencias, costumbres, lenguajes y formas de percibir y crear el mundo de la vida cotidiana y la realidad social, los cuales serán base y enlace con el siguiente método propuesto, la historia de vida.

La aproximación o construcción necesaria para llegar a la historia de vida se encuentra consignado con técnicas que fueron desde la observación no participante, a la participante y a la entrevista en profundidad, involucrando una inmersión en el campo pero a su vez configurando el campo problemático susceptible de ser objeto de investigación. El trabajo desde esta mirada permitió el acercamiento a la vida cotidiana y al conocimiento de los sujetos de estudio, lo cual se vincula con los conceptos de la perspectiva de las representaciones sociales y la propuesta de Vasilachis de Gialdino (2006) abriendo espacio al trabajo social en cuanto como disciplina interviene en el espacio de la vida cotidiana y en la construcción de la realidad de los sujetos.

En el presente trabajo se retoma como método principal la historia de vida considerando los aportes de Franco Ferratotti (1988) citado por Vasilachis de Gialdino (2006), en cuanto a considerar la historia de vida como una perspectiva de análisis única que permite el estudio de las múltiples redes de relaciones, recuperando de esta manera la vida cotidiana de los sujetos así como también sus prácticas. (p.177) Se pauta la recuperación desde este método, pero en función de fragmentos que den cuenta de la vinculación con la historia social y cultural, lo cual se enlaza de manera directa con la intención del estudio de las representaciones sociales propuesta en el trabajo.

Siguiendo la propuesta de los investigadores se asume la recuperación del pasado y del presente en cuanto al estudio de la construcción de las representaciones sociales así como la incorporación de categorías que han intervenido e intervienen en la conformación y modificación de las mismas. De esta manera el espacio de recuperación a través de la historia de vida se torna flexible y complejo de dilucidar por otro medio que no sea a través de la narración semidirigida en la entrevista o en su modalidad biográfica. (pp.176-177)

En cuanto al lugar del investigador, frente a la investigación se considera la noción de una biografía o historia de vida interpretada, considerando elementos centrados en la teoría. En cuanto al tipo de historia de vida a realizar se planteó desde el diseño de la investigación la utilización de varios relatos siguiendo la posición de Bertaux (1997), citado por Mallimaci (2006), quien lo denomina multivocal o polifónico, a manera de entrecruzar los diferentes relatos en tanto den pauta de las diferentes construcciones de las representaciones sociales del padecimiento depresivo con una mirada desde el trabajo social. (p.176) Lo planteado responde a que la investigación se basa en del relato de varios sujetos, lo que representa a mujeres seleccionadas como sujetos participantes que presentan características que hacen al cumplimiento de los objetivos propuestos.

En cuanto a las etapas de la historia de vida se considera la propuesta realizada por Vasilachis de Gialdino (2006) las cuales están divididas en: preparación de la historia de vida

(muestreo, eje temático y guía, realización de las entrevistas y sistematización de la información interpretando la historia de vida). (p.190) Siguiendo la secuencia planteada se establece el muestreo el cual será desarrollado en el próximo apartado, así como los ejes temáticos que responden a la helicoide problematizadora propuesta, de la cual parte el guión de la entrevista (*ver anexo 1*) en profundidad diferenciándose niveles por entrevista, la primera denominada de tipo exploratorio que delimitó las temáticas a profundizar para encausarlas hacia el estudio de las representaciones sociales del padecimiento depresivo y las siguientes que respondieron a los análisis sucesivos de las entrevistas realizadas, en función de rastrear como indica la Miller (2000) “ las trayectorias de las personas a lo largo del tiempo y en las redes sociales que las sostienen” (p.8) retomado por Mallimaci (2006).

Lo expuesto se vincula a los postulados de Sautu (1999) quien marca la labor de desencadenar el relato del sujeto, es decir, dejar que el sujeto establezca la dinámica sin perder de vista el control de la entrevista, permitiéndose de esta manera profundizar diversos temas y cerrar aquellos que no son pertinentes a los objetivos propuestos. Siguiendo la pauta de la utilización de la historia de vida, Jodelet (1983) utiliza este método para el estudio de las representaciones sociales de la locura, trabajando además con la observación participante y no participante.

Por su parte la autora Flores Palacios (2009) demarca la utilización de grupos para la recuperación de las representaciones sociales compartidas, la aproximación inicial desde la microetnografía permitió el análisis de nodos de encuentros que llevaron al establecimiento de las temáticas delimitadas en un comienzo en la problematización, dando espacio al mundo del lenguaje y de lo simbólico que se constituyó en el punto de cohesión grupal, marcando el espacio para la delimitación de la historia de vida. (p.353)

3.3 TÉCNICAS

En cuanto a las técnicas principales desarrolladas se encuentran: el análisis documental estadístico existente en la institución, la observación no participante y la observación participante en la aproximación microetnográfica, para finalizar con la entrevista en profundidad perteneciente al campo de la historia de vida.

La observación no participante: este tipo de observación se plantea como instancia inicial para el acceso al campo de investigación, permitió tener una visión externa del fenómeno para lograr la familiarización con el mismo. Por otra parte se constituyó en la primera vía de análisis

para delimitar las características de las interacciones y las posibles maneras de formar parte de las mismas en la etapa de observación participante.

El trabajo con la observación no participante se realizó a través de aproximaciones sucesivas y de encuentros con el mundo simbólico y discursivo del sujeto conocido, como lo denomina Vasilachis de Gialdino (2006) y el mundo simbólico y representacional que posee el investigador.(pp.124-125) A través del acercamiento se comenzó a conocer el lenguaje, los códigos y las pautas de conducta grupal necesarios para una buena inserción. La selección de este tipo de ingreso se delimitó como pertinente y necesario tanto para la interacción, como para crear lazos de confianza con las asistentes a los grupos de la institución.

El propósito de esta observación fue el acercamiento, como se mencionó, al lenguaje y al mundo de significados, dando cuenta de los procesos de construcción grupal y personal de cada una de las participantes y del propio. Debido a las características de la temática y de todo lo que moviliza a nivel emocional, se transforma en una técnica indispensable para el trabajo con representaciones y particularmente representaciones en el plano de la salud mental. El principal instrumento utilizado fue el cuaderno de campo, en cual se plasmaron aspectos como: cantidad de participantes, características de las mismas, edad, los roles que comenzaban a configurar dentro del grupo y emergentes grupales, así como también aquellas características generales de las dinámicas. Cabe destacar la imposibilidad de tomar nota dentro de las reuniones debido a que generaba desconfianza en el grupo, por lo cual las anotaciones debían realizarse luego de las sesiones.

La observación participante: es considerada por la autora Flores Palacios (2009) como una estrategia en la que se comparten contextos y espacios vitales, teniendo como función principal la de permitir el acceso de manera natural al contexto cultural, en este caso el de las mujeres reunidas en un espacio grupal.(p. 354) Las etapas grupales se fueron delimitando, configurando un micro-espacio de cohesión y colaboración. Si bien el fenómeno grupal fue utilizado a fines de aproximación a la historia de vida, se considera el uso de la observación participante como fundamental para el logro del trabajo propuesto con la entrevista en profundidad.

El propósito de la técnica fue; la recuperación de temáticas para la construcción de la problematización, la inserción en el mundo del lenguaje y de la narración de las participantes, así como la delimitación de lo simbólico compartido que originó la cohesión grupal, diferenciándolo de los puntos divergentes en cuanto a la percepción individual de las participantes, lo cual constituye la manifestación singular de los temas emergentes a nivel grupal. Es decir, en fun-

ción de las temáticas grupales propuestas por las estudiantes pero principalmente demarcadas por las asistentes existían puntos de acuerdo que hacen a la conformación del grupo, como también punto de desacuerdo que constituyen la construcción de la realidad de manera particular. La investigación analiza en primer lugar las manifestaciones singulares para dar cuenta de los elementos tanto implícitos como explícitos a nivel grupal, motivo por el cual se plantea como objetivo la delimitación de la entrevista en profundidad, a fin de analizar cómo cada una construye las representaciones sociales del padecimiento depresivo.

La ejecución de la técnica tuvo en cuenta el cambio de etapa grupal, la cual pasó a su periodo reflexivo, permitiendo así la incorporación de la investigadora al grupo como participante activa marcándose un ingreso paulatino al mismo. En la siguiente etapa grupal delimitada como centrada en la tarea se realizó una integración total al grupo, lo cual contribuyó a consolidar los lazos de confianza entre las participantes y la investigadora. Por lo mencionado el proceso de ejecución de la técnica se planteó siguiendo la dinámica grupal, con el objetivo de no invadir el espacio sino lograr pertenecer al mismo.

La observación no participante como la participante se consideran diferentes en el trabajo de campo de la investigación, debido al nivel de interacción mantenido con las participantes al grupo, se consideró que la participación activa desde un comienzo podía generar la identificación de quien investiga con los coordinadores grupales o personal de la institución, lo cual hubiera sido perjudicial para la realización de la historia de vida. El periodo de observación no participante permitió observar, conocer, escuchar y delimitar temáticas y aspectos a tener en cuenta o necesarios para la interacción con mujeres que presentan un padecimiento depresivo. Mientras que la observación participante desde la inclusión realizada por el personal y el grupo, permitió un acercamiento diferencial en cuanto a la confianza que se construye basada en los lazos de pertenencia grupal.

La entrevista en profundidad: la técnica implica el diálogo para la reconstrucción de sucesos considerados en un comienzo significativos para el sujeto. La utilización de esta técnica se basa en los aportes de Vasilachis de Gialdino (2006) en cuanto a que a través de la narración se demarca la primera re-significación de los hechos configurados en relación a las representaciones. (p.192) Por otra parte la técnica permita la recuperación histórica, desde la propia lógica temporal del sujeto, a partir de su organización de sus ideas y recuerdos.

A través de las entrevistas se buscó lo que la autora Flores Palacios (2009) define de la siguiente manera: “mediante el análisis de su palabra y sus significaciones en la vida cotidiana,

hemos podido encontrar categorías de análisis que sustentan la condición de género” (p.355) es decir que la investigación busca dar cuenta de las diferentes significaciones de la vida y cómo se enlaza la condición de género con las pautas vinculadas al padecimiento depresivo. Se intenta a través de la entrevista que adquiera sentido el discurso de la mujer y como las representaciones sociales emanan del mismo.

Jodelet (1988) considera la entrevista como la principal herramienta de trabajo, debido a que posibilita reconstruir el relato del sujeto. Se destaca que, si bien las representaciones sociales tomadas desde la singularidad de la entrevista en profundidad permite considerar al sujeto como emergente de la interacción social con el contexto cultural, implica que cada participante está mediada por significados y representaciones que configuraron su pasado y que marcan la pauta representacional de su presente.

Lo relevante del estudio de las representaciones sociales a través de la entrevista en profundidad es la complejidad del entretrejo cultural y social que se reproduce en la historia individual y que a su vez es re-interpretado en primera instancia por el sujeto que habla y en un segundo momento por quien investiga. La investigación se argumenta en la propuesta de la autora debido a la vinculación directa a los objetivos planteados para el trabajo, como es el caso del análisis de las representaciones sociales del padecimiento. Las entrevistas se plantearon de manera secuencial para profundizar en cada una de ellas diferentes conceptos enlazados a la problematización, dejando el espacio para la construcción narrativa libre.

3.4 INSTRUMENTOS

Para la elaboración de los instrumentos se utilizaron las principales categorías del helicoide problematizador, tomando por guía los objetivos de la investigación. Debido a la característica del enfoque propuesto se constituyen en categorías guía, lo que implica la inclusión de categorías emergentes dentro del trabajo con las entrevistas a profundidad.

Conserva, como se ha mencionado con anterioridad un carácter flexible debido a que las categorías problematizadoras son tomadas como disparadores, pero sin perder su sentido de eje de búsqueda. Para la entrevista se realizaron dos guiones a considerar siguiendo la propuesta para su elaboración la propuesta de Valles (1997) en cuanto establece una secuencia de pasos para su elaboración, combinándolo con los aportes de la autora Bonilla Castro (2009) quien brinda una propuesta que complementa los aportes del primer autor. Para la construcción de

los instrumentos se tomaron las categorías expuestas a continuación realizando con ellas dos propuestas, la primera centrada en tópicos y la segunda en preguntas puntuales (*ver anexos I*).

Principales categorías problematizadoras.

Padecimiento depresivo, el padecimiento depresivo y su construcción histórica, los esquemas generales de creencias en torno al padecimiento depresivo, las imágenes posibles de describir en torno al padecimiento, las prácticas vinculadas al padecimiento depresivo, maternidad, la historia de la maternidad desde lo particular, las creencias devenidas de la historia familiar y su relación con lo particular y lo social, las imágenes construidas en torno a la maternidad y las prácticas en torno al rol y la “función materna”.

3.5 MUESTRA

En cuanto a la característica de la muestra la misma es de tipo teórico o selectiva debido a que la selección se realizó según características particulares o relevantes de los sujetos. Durante el periodo grupal, se realizó el estudio y análisis de las diferentes mujeres que participaban en el grupo según el criterio de obtener un rango diverso de experiencias individuales, partiéndose de: que presenten depresión, que sean madres, que se encuentren en el rango etario delimitado en el problema de investigación y que tengan cualidades que las hagan únicas para la investigación.

La muestra por lo tanto se dividió en tres etapas: la primera, en la cual se delimita a grandes rasgos quienes presentan la problemática, edad y características generales, una segunda etapa que se comienza a trabajar durante el periodo grupal durante el cual -a través de dinámicas vinculadas a la reflexión y luego a tareas específicas (manualidades)- se delimita el perfil de quienes conformaron el grupo con el cual se trabajó la historia de vida. Se delimitó la muestra solo a aquellas mujeres que hubieran concurrido al grupo y sobre las que se observó la capacidad de hablar sobre de la temática de una manera reflexiva. La tercera etapa se circunscribió a la selección de las mujeres que cumplieran los requisitos estipulados para comenzar con la realización de la historia de vida.

Según lo expuesto la muestra seleccionada responde al criterio cada una de las participantes presenta lógicas diferentes de acción, según el planteo de Mallimaci (2006), la muestra incluye historias y tipos de personalidad diversas para obtener diversas manifestaciones en cuanto a construcción de las representaciones sociales. (pp.187-188) Considerando por lo tanto el problema y los objetivos de la investigación.

Se estipuló el trabajo con mujeres en la edad demarcada en el tema y problema de investigación, cuya características principales sean: ser madre, tener entre 29 y 49 años (edad de las mujeres que participaban en el grupo), vivir en la ciudad de Culiacán, y encontrarse en tratamiento por un padecimiento en el espectro de los trastornos del estado del ánimo (depresión leve, moderada, grave y mixta) cabe destacar que no fueron consideradas para el estudio aquellas mujeres que presentaron síntomas psicóticos o que se encuentren atravesando el periodo crítico del padecimiento, los motivos por los cuales se marcó la excepción es debido a los efectos que puede provocar en el sujeto el relato de su pasado y la actualización de hechos traumáticos en su vida. Para lo cual se estableció un breve sondeo que permitiera delimitar la posibilidad de inclusión en el trabajo.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la participación en las actividades grupales se transformó en un requisito indispensable, debido a que a través de la observación tanto participante como no participante, se establecieron lazos de comunicación y confianza que permitieron la realización de las entrevistas en profundidad. Además, por medio del análisis grupal se estableció la capacidad reflexiva y rasgos generales de su vida que permitieron la selección solo de un grupo reducido de participantes a las reuniones grupales.

3.6 PROCEDIMIENTO DE TRABAJO O FASES

El trabajo se formuló en tres fases, la exploratoria de noviembre de 2013 a mayo de 2014 la cual comprende dos sub-fases: una de análisis estadístico de información y otra de observación no participante. Una segunda fase de observación participante de mayo de 2014 a diciembre de 2014 realizada en el grupo y por último una tercera fase de trabajo basada en la historia de vida, a través de la entrevista en profundidad, realizada de febrero a mayo de 2015.

Fase exploratoria

Sub-fase de análisis estadístico general y específico

Tiempo: noviembre 2013- mayo 2014

Actividad: Revisión de la información estadística perteneciente al Centro Integral de Salud Mental

Objetivo: delimitar a través del estudio de las estadísticas del Centro Integral de Salud Mental, los principales problemas de salud mental, así como también la distribución por sexo y

por edad. De dicha caracterización se delimitó el trabajo con datos de las mujeres entre los 29 y 49 sobre quienes posteriormente se trabajaron las principales características sociodemográficas. A través del logro de este objetivo se produce el acercamiento general a la problemática a fin de delimitar el tema y el problema desde un contexto situado en un espacio institucional específico.

Destinatarios: en general debido a que el análisis era de tipo exploratorio

Instrumento: estadística general del Centro Integral de Salud Mental (cantidad de hombres, mujeres, asistencia a tratamiento y principales problemáticas de salud atendidas en el 2013) y tabla de referencia de los principales datos socio-demográficos, entre los cuales se destaca, localidad de procedencia, estado civil, cantidad de hijos, actividad laboral, nivel de escolaridad y tiempo transcurrido de tratamiento. Se seleccionó una muestra delimitada por el punto de saturación de los datos obtenidos, determinado por la invariabilidad de los datos recolectados además de completar con el 15% del universo de mujeres atendidas en CISAME.

Sub-fase formación del grupo

Actividad: Observación no participante

Objetivo: realizar el proceso de inserción a un grupo que trabajaba depresión y ansiedad con la finalidad de delimitar las principales núcleos problemáticos existentes en el mismo, pero principalmente manifestadas por las mujeres a modo de comenzar la inserción en el espacio del lenguaje, las creencias y las prácticas del grupo de mujeres con padecimiento depresivo que asistía a las reuniones grupales.

Destinatarios: mujeres que concurren a los grupos de ansiedad y depresión los días martes y miércoles.

Instrumento: guía de observación grupal (la elaboración de la guía se pautó siguiendo las etapas del trabajo grupal de Pichón Riviere), diagrama de ubicación espacial de las participantes, análisis de las características físicas y del lenguaje corporal de las mismas, identificación de emergentes, análisis de las intervenciones y reacción a las dinámicas y análisis grupal.

Fase trabajo grupal (etapa de reflexión y etapa centrada en la tarea)

Actividad: Observación participante

Tiempo: de mayo a diciembre de 2014

Objetivo: participar en las distintas actividades propuestas por la institución para el grupo de mujeres que asiste a la misma para delimitar los espacios de construcción simbólica así como

el lenguaje y las relaciones grupales. Para ingresar a la comprensión de la dinámica cotidiana propia de las mujeres que padecen depresión, obteniendo un mayor acercamiento a las categorías propuestas en el helicoide problematizador. Este punto se vincula a la problematización como al armado de los objetivos tanto general como específico, partiendo de las problemáticas presentadas por los sujetos e incluyéndose el investigador como parte de un proceso de interacción necesario para acceder e interpretar el lenguaje, los valores y las creencias que portan los sujetos.

Participación activa en la etapa de reflexión grupal realizada por medio de temáticas inductoras que provocaban el análisis por parte de las asistentes al grupo. El objetivo fue delimitar las características de las mujeres debido que en el periodo de observación participante las dinámicas eran de corte unidireccional (profesional-grupo) siendo durante la etapa de reflexión y en la centrada en la tarea de tipo bidireccional cual implica la interacción y diálogo permanente entre quienes conducen el grupo y quienes lo integran.

En una segunda etapa de la observación participante, el grupo se centra en tareas de tipo manual (bordado, realización de moños, flores y canastas) además de los temas propuestos a ser trabajados mientras se realizaban las actividades. Se programó la participación activa por medio del cumpliendo las mismas tareas pautadas para el grupo de mujeres asistentes.

Destinatarios: mujeres que concurren a los grupos de ansiedad y depresión los días martes y miércoles.

Instrumento: el instrumento utilizado fue el diario de campo, listas de asistencia. Dinámicas acordadas con personal a cargo del grupo, basadas en temáticas que lleven al proceso reflexivo grupal, cabe mencionar que no se dirigió ninguna dinámica solo se participó en las mismas.

Fase de historia de vida

Actividad: entrevista en profundidad

Tiempo: enero y febrero de 2015

Objetivo: realizar entrevistas secuenciadas en diferentes etapas a fin de dar respuesta al interrogante de la investigación. La historia de vida es realizada en esta etapa debido a que la muestra decantó del propio proceso grupal, como también responde al lazo de confianza del grupo de mujeres del grupo, quienes preguntaban sobre el comienzo de la investigación y de las entrevistas.

La fase inicia con la denominada muerte del grupo, debido a que se cierran las tareas pautadas en el mes de diciembre llegando a quedar un grupo de cuatro mujeres que asisten regularmente a taller y tres que concurren de manera esporádica, la actividad previa a la muerte grupal es la

realización de diversos bordados con material proveído por la institución. Se formaliza el corte en la denominada muerte del grupo porque comienza a disminuir la asistencia y las tareas que configuran la cohesión grupal. En este momento se estructura la aplicación de un cuestionario general a las mujeres que asisten al grupo a fin formalizar la invitación a participar en la investigación trabajándose paralelamente con los consentimientos informados y el cronograma de entrevistas.

Destinatario: grupo de aproximadamente 7 mujeres que concurren a las actividades grupales de las cuales se concretan 5 para la realización de las historias de vida, las mismas son seleccionadas por su pertinencia a los objetivos propuestos, cumpliendo a su vez con lo pautado como criterio de muestra teórica.

Instrumento: el instrumento lo constituye una guía de tópicos a ser trabajados provenientes de la problematización y acorde a los objetivos planteados en la investigación. Se realizaron dos guiones de entrevista, el primero basado en tópicos inductores de relato, y el segundo construido en base a preguntas que surgen de los tópicos propuestos en el primer instrumento, las cuales tienen la función de ser auxiliares para el desarrollo del trabajo de campo. Siguiendo las recomendaciones de Mallimaci (2006) se realizó la construcción de ejes temáticos para guiar la entrevista abierta, con la finalidad de que el sujeto dé cuenta de su experiencia subjetiva y simbólica desde la prioridad que le otorgue al relato, pero marcando el investigador puntos de inflexión temática a fin de dar respuesta a los objetivos del trabajo.

Recolección de datos: se programó la grabación de las entrevistas como la realización del relato sobre las condiciones de la misma, tomándose nota de los datos considerados importantes, al igual que gestos o elementos del lenguaje corporal. La recolección se pautó en diferentes etapas: la primera demarcada por una entrevista de tipo exploratoria (de una duración de 50 a 60 minutos) la que dio las pautas para las entrevistas siguientes. Luego de cada entrevista se delimitaron los tópicos a ser trabajados en la siguiente, la finalidad de esta acción fue comenzar desde la depresión como tema principal para lograr profundizar sobre los temas relevantes para el sujeto, siguiendo la secuencia temporal planteada por la entrevistada pero centrada en las categorías propuestas y emergentes del trabajo.

Las entrevistas se programaron a razón de dos por semana con distintas entrevistadas, siendo variable debido a las actividades e imprevistos que llevaban a su suspensión, no se realizó más de una entrevista semanal a la misma entrevistada debido al efecto que podía ocasionar el recordar ciertos hechos considerados traumáticos para ellas. De igual manera se mantuvo contacto con las psicólogas que les brindan atención terapéutica a fin de evaluar su evolución,

pautándose las entrevistas antes de sus citas a modo de que pudieran actuar como contención en caso de ser necesario.

3.7 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

En cuanto al análisis de datos se establece una relación lógica con el enfoque, el método seleccionado, las técnicas y los instrumentos utilizados, guiada la secuencia propuesta por la problematización inicial como por los objetivos de investigación. Se considera para el trabajo con los datos el análisis de contenido debido a que permite la recuperación del discurso del sujeto. Por otra parte se fundamenta su elección en que el trabajo con representaciones sociales a través de la historia de vida como método delimita el uso de este tipo de análisis. Según lo expuesto se retoma análisis de contenido propuesto por Sánchez (2007) quien postula una secuencia de pasos donde relaciona el análisis de contenido con las representaciones sociales, la base de la autora para realizarla se encuentra en el texto de Coffey (2003) quien en su obra establece la diferentes maneras para realizar el trabajo con datos de tipo cualitativo.

Según las diferentes propuestas retomadas por Coffey (2003), se desarrolló una primera etapa de codificación de los datos de la entrevista, con respecto a esta etapa se relacionan dos formas; la primera basada en una codificación general estructurada en una lista previa de códigos provistos por el problema de investigación, lo que sería en el caso del presente trabajo la elipse problematizadora y otra propuesta de descripción de las categorías demarcadas por las informantes. En la primera propuesta se retomaron del espiral tanto categorías generales, intermedias como empíricas, mientras que la segunda forma se recuperaron las categorías emergentes de los dichos de los sujetos. La investigación tomó categorías como, cultura, rol, creencia entre otras y categorías emergentes de los dichos de las mujeres durante las entrevistas en profundidad realizadas.

La finalidad de tomar ambas formas responde a lo planteado en la investigación en cuanto a la recuperación de la palabra del sujeto, en este caso la recuperación de la palabra, de la historia y por este medio el proceso de las representaciones sociales en relación a la depresión en las mujeres madres. Se tomó en cuenta de manera conjunta la construcción del problema de investigación y sus correspondientes referentes teóricos y empíricos, por lo tanto se constituyó en ir y venir deductivo entre la vinculación teoría empírica para la construcción del problema de investigación, para retomar nuevamente la empiria y la teoría para dar cuenta de nuevas formas de análisis e interpretación.

El análisis de datos de Coffey (2003) retoma dos líneas; una planteada por Huberman y Miles (1994) y la otra perteneciente a Tesch (1990). Los primeros referentes postulan una secuencia de tres pasos; a) selección y condensación de datos, la cual implica que los datos se descomponen resumen y codifican en temas y categorías, b) exposición, etapa que consiste en el despliegue de los datos por medio de la utilización de una forma gráfica o a través de cuadros y c) determinar y verificar conclusiones, la misma consiste en un ensamblaje de información que permite la elaboración de significados y conclusiones.(p. 9)

Por otra parte considera a Tesch (1990), citado por Coffey (2003), identifica una serie de características del análisis cualitativo estableciendo dos pasos: uno al que denomina, descontextualizar, lo que significa para el autor segmentar el conjunto de datos a fin de hacerlos comprensibles, realizando para ello una etiquetación de segmentos y una segunda etapa constituida por la re-contextualización que significa re-ensamblar los segmentos codificados pero en un nuevo contexto. (p. 12) Ambos procesos permitirían reducir y expandir los datos para dar paso a la interpretación de los mismos, Tesch (1990) incorpora además lo que denomina *pool de significados* abriendo espacio, según el análisis de Coffey (2003), al trabajo con el material previo es decir marco teórico y preguntas de investigación, por lo tanto es posible establecer una lista previa de códigos propuestos en el marco conceptual o en las preguntas dando paso a una visión de trabajo en permanente interdependencia.

Los pasos propuestos para el análisis de datos tomados para el proceso de análisis son: codificación, re-contextualización de los códigos y categorías y finalmente interpretación de las mismas. El proceso por lo tanto transita desde la observación de patrones de temas, hasta establecer relaciones entre los diferentes códigos estableciendo lo que Coffey (2003) delimita como coherencia teórica y conceptual.

La propuesta de Coffey (2003) es posible de vincularse a la de Bardin (2002) en cuanto al desarrollo que realiza del análisis de contenido como forma de trabajo con los datos de tipo cualitativo. Considera en primer término lo que denomina el campo, al respecto refiere al análisis de contenido (A.C) como un conjunto de técnicas aplicadas a la comunicación. En un segundo momento plantea la descripción analítica, que consiste en el tratamiento de la información contenida en el mensaje, considerando como importante la conformación de categorías, las cuales deben para ser válidas homogéneas, exhaustivas y exclusivas. Este punto difiere de la propuesta de Coffey (2003) debido a que la autora considera que es posible el solapamiento de diferentes categorías y codificaciones dependiendo del nivel de generalidad

de las mismas; en la investigación se trabajó con una codificación a modo tal que se evitara el solapamiento de códigos.

Ambos, Coffey (2003) y Bardin (2002) establecen que luego de la etapa de codificación y categorización deviene el análisis categorial, el cual implica el análisis de los elementos de significación contenidos en el mensaje. Si bien lo plantean en términos diferentes, el significado del análisis es similar en cuanto que Bardin (2002) habla de inferencia, vinculada a los contenidos deducidos de las categorías, basado en las relaciones de significado de las que dan cuenta. Por último el autor marca una tercera etapa denominada interpretación, que consiste en las inferencias o deducciones lógicas que puede responder a dos preguntas planteadas por Bardin (2002); qué ha llevado a tal enunciado (causas) y cuáles son los efectos de los enunciados. (p.26)

A modo de síntesis de los aportes teóricos de los tres autores citados es posible establecer una secuencia que va de Sánchez (2007) quien retoma a Coffey (2003) cuyos aportes pueden complementarse con los de Bardin (2002). Aunque de diferente forma las tres propuestas consideran tres etapas principales para el análisis de contenido, como forma de tratamiento de datos cualitativos, a saber: la codificación (basada en el tratamiento del dato de la entrevista) la inferencia y la interpretación para Bardin (2002) y la propuesta de Huberman y Miles (1994) retomada por Coffey (2003) en cuanto a condensación de datos, exposición y conclusiones. La revisión de investigadores se realizó con la finalidad ampliar la conceptualización de análisis de datos cualitativos aportando cada uno de ellos elementos necesarios para el trabajo.

La vinculación del tipo de análisis propuesto con la categoría representaciones sociales, se realiza a partir de los aportes metodológicos para sus estudios planteados por Flores Palacios (2010) e Ibáñez (1988) en cuanto que refieren como posibles abordajes para el análisis de las representaciones vista como proceso, el análisis de contenido. Ambos referentes parten de la recuperación del discurso de los sujetos, Flores Palacios (2010) lo centra en las mujeres, como forma de reconstruir la experiencia individual incluyendo elementos afectivos en relación a la historia singular como correlato de la experiencia o construcción social en torno al padecimiento depresivo y en cuanto al género tomando como referencia al padecimiento depresivo en mujeres.

Por otra parte Ibáñez (1988) refiere el análisis de contenido como una de las formas de análisis de datos cualitativos debido a que: “brinda una serie de indicadores que permiten reconstruir el contenido de la representación social” (p. 67) marcando el cuidado que debe tenerse con los análisis de tipo hermenéutico. Además de lo expuesto por los autores, el trabajo social, puede basar su intervención en el campo de la salud mental, en la recuperación de los relatos de los sujetos

con los cuales trabaja cotidianamente, por lo que el tipo de análisis sugerido, no solo es necesario para el análisis de los datos de la investigación sino para ampliar el conocimiento respecto a los aportes de la investigación a la intervención profesional. Lo expuesto se vincula a lo marcado de Carballada (2013) y Karsz (2009) en cuanto a la comprensión de la singularidad de la problemática de los sujetos desde el significado y contenido de su experiencia de vida, partiendo desde los conocimientos y de la forma en que el sujeto construye su realidad social, habilitando a su vez la indagación de las representaciones sociales como parte del accionar profesional.

En el caso particular del estudio de los datos producto de las entrevistas, el tratamiento de los mismos se realiza a través de etapas considerando las fases propuestas por Coffey (2003) en la síntesis planteada con Bardin (2002) e Ibáñez (1988). La fase de codificación se planteó desde el armado de un libro de códigos propio del problema y del marco teórico del trabajo al que se sumaron las categorías emergentes propias del desarrollo del trabajo de campo. Por otra parte se complementó la codificación con el establecimiento de una secuencia temporal-temática, con el fin de marcar la aparición de los diferentes temas en torno al problema de estudio.

Debido que tanto el problema como los objetivos postulan la comprensión del proceso de construcción de las representaciones sociales del padecimiento depresivo, se considera necesario recuperar la secuencia propia del relato del sujeto a fin de delimitar el movimiento y cambio del mismo. Cada una de las entrevistas estableció líneas de reflexión que fueron superadas en las siguientes, dando cuenta no solo del relato a manera de descripción de fenómenos, sino de cómo la estructuración secuencial de las mismas estableció niveles diferentes de codificación los cuales se fueron complejizando, este aspecto da cuenta de cómo la entrevista abierta permite la reflexión permanente del sujeto quien luego de hablar sobre un tema, reflexiona y regresa al siguiente encuentro con cambios en la percepción del mismo.

El proceso de análisis se planificó partiendo de la elaboración del libro de códigos y la transcripción de las entrevistas realizadas a las cinco mujeres seleccionadas como muestra, la duración de las entrevistas fue de una hora a dos. En la transcripción se delimitaron espacios a ambos lados del texto a fin de permitir el trabajo con los mismos, no se utilizaron programas informáticos realizándose de manera manual el tratamiento del mismo. Luego de transcritas las entrevistas se siguieron con los pasos: codificación, exposición e interpretación.

a) codificación: se realizó considerando en primer lugar las palabras del entrevistado, es decir las categorías se construyeron siguiendo la secuencia narrativa del sujeto, delimitando un código posible de encerrar el contenido del texto. En un segundo momento se estableció la

delimitación de las categorías marcadas para la investigación, es decir aquellos productos de la problematización y vinculadas al marco teórico, utilizando para ello el denominado libro de códigos. Cabe destacar que las categorías estuvieron presentes en la recolección de los datos, pero se estableció la historia de vida desde ejes temáticos sin seguir una secuencia estructurada de preguntas, dependiendo su aparición del relato construido por el sujeto, considerando que el orden de aparición de las mismas responde al proceso de construcción y reflexión realizado por las entrevistadas.

b) Exposición: el segundo paso se establece con la presentación de las categorías y sus respectivos códigos y fragmento de entrevista a modo de dar cuenta del contenido existente en las entrevistas, debido a la extensión de los mismos se tomaron aquellos fragmento considerados representativos. El proceso se realizó de manera individual para luego pasar a los puntos en común entre los categorías de las entrevistadas dando espacio a las representaciones sociales individuales y grupales en derredor de ciertos temas.

c) Interpretación: para el último punto se toman como referencias gráficas el helicoide planteado en la problematización a modo de vinculación lógica con la problematización de la investigación. El análisis es de tipo cualitativo, por lo cual se retoma la aparición de las temáticas en relación a su secuencia temporal a modo de establecer relaciones de interpretación de hechos basados en la interpretación que en primer término le otorgó el sujeto durante su relato.

Criterios de calidad

En cuanto a los criterios de calidad de la investigación con respecto a la credibilidad la misma se sustentan en el compromiso con el trabajo de campo, el cual data de un año de trabajo primero en la instancia grupal y luego de manera particular con la muestra seleccionada. La obtención de datos se pauta en el análisis de la actividad grupal así como en el transcripción y análisis del material obtenido en las entrevistas a profundidad. La triangulación en la investigación propuesta se basa en la delimitación de diferentes perspectivas teóricas provenientes de disciplinas vinculadas al trabajo social así como en la implementación de métodos y técnicas como lo son la observación no participante, la participante y entrevista en profundidad

En función de lo expuesto se apela a la descripción más detallada posible de delimitarse como recurso a aplicar en otros espacios de similares características o que trabajen la misma problemática. Debido a las características del fenómeno a estudiar, la investigación sigue procedimientos pautados, los que se delimitan en el registro de datos y en la interpretación realizada

por quien investiga, los procedimientos se vinculan a la delimitación de las técnicas empleadas en relación al tipo de técnica utilizada.

En cuanto a la calidad del conocimiento este puede someterse a los criterios planteados por Vasilachis de Gialdino (2006): la validez interna implica constatar si los datos reflejan la realidad, lo cual puede tomar como evidencia las distintas entrevistas realizadas. La confiabilidad queda garantizada dada la estabilidad de los hallazgos independientemente de quien los interprete siempre y cuando siga las pautas establecidas en el proceso de trabajo. Por otra parte este criterio se vincula principalmente a las categorías propuestas, sin embargo debe considerarse que las representaciones son dinámicas y dependientes de las experiencias de los sujetos por lo que algunos elementos permanecerán estables (historia familia por ejemplo) mientras otros tendrán un carácter dinámico (depresión).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El siguiente apartado expone los principales resultados de la investigación, el capítulo se divide en tres etapas: la primera expone de manera sucinta los resultados de las fases de investigación propias de la aproximación microetnográfica (fase exploratoria y fase de trabajo grupal), en la segunda etapa se desarrolla de manera extensa los hallazgos vinculados a la historia de vida, la cual se divide en los diferentes apartados basados en el análisis de contenido. La tercera vincula aspectos relacionados a las representaciones sociales con base en la segunda etapa desarrollada.

La segunda y tercera etapa marcan el predominio de las categorías como parte de los hallazgos obtenidos, constituyéndose en los elementos que delimitan el proceso de construcción del padecimiento depresivo de las mujeres madres. El proceso de construcción se encuentra demarcado por diferencias en cada uno de las entrevistadas, lo cual significa la manifestación singular de las representaciones, para luego dar cuenta de los puntos en común presentes en el proceso. La descripción general de cada uno de las entrevistadas, tiene como finalidad brindar una breve reseña sobre el contexto amplio desde el cual se construye el discurso de las mujeres madres que padecen depresión, los nombres de cada una fueron excluidos, al igual que no se darán a conocer aspectos de su vida personal debido a las pautas éticas de confidencialidad establecidas para la investigación y considerando que cierta información no es relevante para el presente estudio.

Las descripciones serán expuestas brevemente a fin de acentuar los hallazgos obtenidos, se analizan las tres entrevistas realizadas a cada una de las cinco participantes de la muestra, estableciéndose cinco diferentes caracterizaciones que marcan la construcción de las representaciones sociales de manera singular. En el primer cuadro de cada una se esquematizan las categorías y códigos provenientes tanto de la codificación previa como de la emergente, vinculándose a la recuperación de párrafos o frases del cuerpo total de entrevista dando cuenta del análisis realizado; debido a la extensión de la codificación solo se consideran párrafos o frases relevantes que dan

cuenta de los códigos principales vinculados a los objetivos y al problema de investigación. Las dos acciones mencionadas (codificación y recuperación de texto) responden a la estrategia de Coffey y Atkinson (2003), como también a la de Bardin (2002) en torno al análisis de contenido, el primer paso quedó delimitado por la codificación y descontextualización de la información significando el transitar de lo empírico a lo abstracto para luego re-contextualizarlo en la representación gráfica y análisis.

En el segundo cuadro se establecen las relaciones entre las categorías y sus respectivos códigos de manera gráfica, lo cual se presenta de dos formas: la primera a modo de tabla de doble entrada donde se vinculan las categorías previas y emergentes con sus respectivos listados de códigos. La segunda se estructura en un diagrama o mapa de las categorías con sus respectivos códigos (previos y emergente) ubicándolos de acuerdo a una secuencia temporal discursiva propuesto por las entrevistadas y la entrevistadora. Los mapas siguen la estructura helicoidal demarcada en la problematización dado que ha sido utilizada para el armado del marco teórico, así como para la elaboración de los instrumentos aplicados en la investigación, dando cuenta del acontecer dialéctico y del movimiento de las categorías que construyen las representaciones sociales. La propuesta de presentación de hallazgos a través del helicoide en relación a la historia de vida, da cuenta del trabajo con los objetivos de investigación centrados en analizar los significados construidos por las mujeres madres en torno al padecimiento depresivo y descubrir las creencias, valores, sentimientos y prácticas que se han articulado en el proceso de construcción, enlazando de esta manera la empiria y la teoría.

Luego de la presentación de los mapas se realiza el análisis de cada uno de ellos para dar paso la última etapa. La última fase de presentación de hallazgos hace referencia a las representaciones sociales comunes para las entrevistadas, es decir que mientras los puntos anteriores dan cuenta de las representaciones sociales desde la singularidad, la última fase desarrolla las representaciones sociales compartidas por los sujetos de estudio, en la misma se relacionan categorías y códigos en común transformados en líneas delimitantes del proceso de construcción del padecimiento.

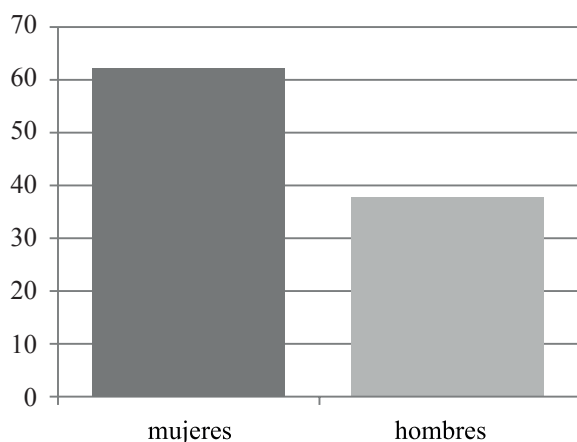
4.1.1 PRIMERA ETAPA

La etapa uno de la presentación de hallazgos se encuentra conformada en primer término por la fase exploratoria, la que a su vez se divide en la sub-fase de análisis estadístico y en la de formación de grupo (observación no participante), y la fase de trabajo grupal (observación participante).

En cuanto a los hallazgos obtenidos en la fase exploratoria, sub-fase de análisis estadístico se destaca que las principales patologías presentadas en CISAME, pertenecen a las clasificadas como trastornos del estado del ánimo, asistiendo una población con una alta prevalencia de mujeres, la que supera la cantidad de hombres atendidos. A nivel local el análisis estadístico realizado en CISAME da cuenta que un 62% de la población que concurre a consulta de primera vez son mujeres, representando el 35% las que tienen entre 29 y 49 años; en cuanto a la consulta subsecuente el 68% son mujeres, siendo el 43 % perteneciente al grupo etario mencionado. En las figuras presentadas se exponen comparativos entre mujeres y hombres considerando la consulta de primera vez y la subsecuente a modo de enfatizar el predominio de mujeres. Además se destacan en ambos casos (primera vez y subsecuentes) los diferentes grupos etarios de mujeres y su comparativa con los hombres, constituyéndose en la base empírica del problema de investigación (véanse las gráficas 2, 3, 4, 5 y 6).

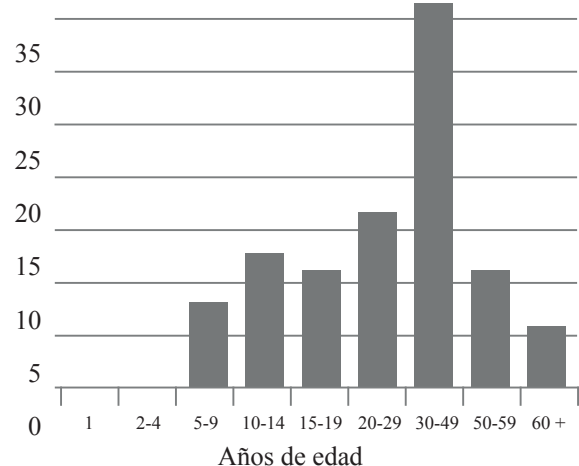
Basados en los resultados anteriores centrados en las edades y sexo que mayormente concurre al centro asistencia, se pasa a la delimitación de los 15 principales motivos de consulta a fin de dar cuenta de las problemáticas diagnosticadas. Como es posible observar 6 de 15 motivos responden a trastornos del estado del ánimo destacándose la depresión es su amplio espectro. Se delimita que los siete trastornos del estado del ánimo constituyen el 68 % de la demanda asistencial durante el 2013 (véase la gráfica 7).

Gráfica 2. COMPARATIVO DE CONSULTAS TOTALES DE PRIMERA VEZ (MUJERES/HOMBRES).



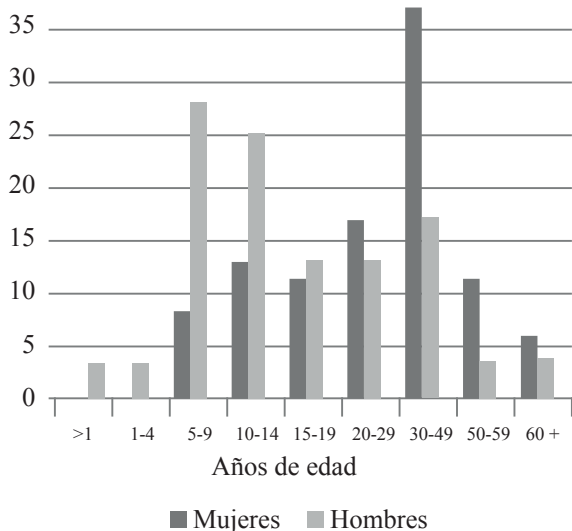
Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas generales del CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 3. EDAD DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ (MUJERES).



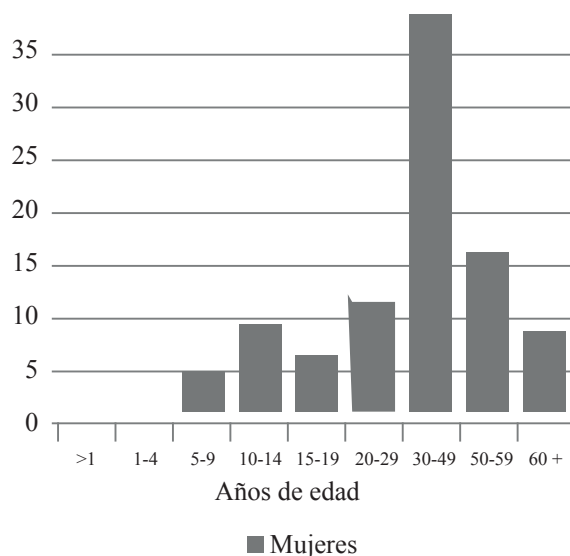
Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas generales del CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 4. COMPARATIVA DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EDAD (MUJERES/ HOMBRES).



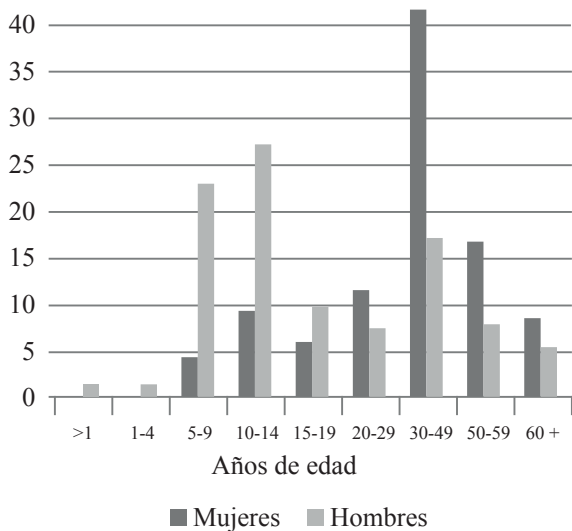
Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas generales del CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 5. EDAD DE CONSULTA SUBSECUENTE (MUJERES).



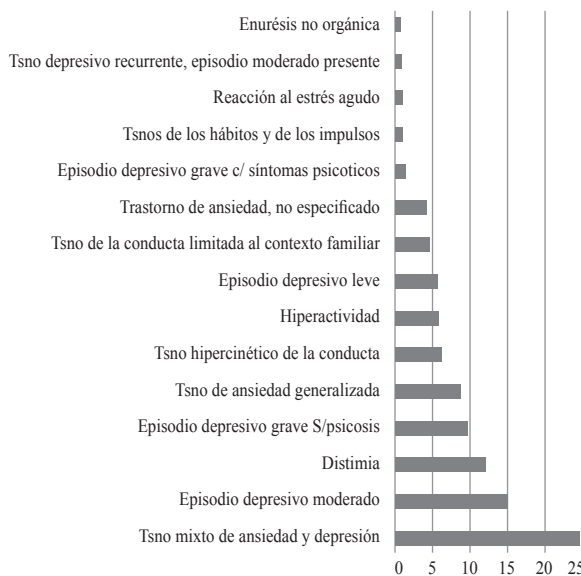
Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas generales del CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 6. COMPARATIVA DE CONSULTA SUBSECUENTE POR EDAD (MUJERES/ HOMBRES).



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas generales del CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 7 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

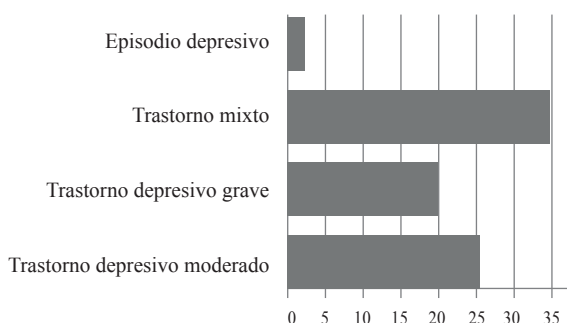


Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas generales del CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Según los datos arrojados en la primera fase expuesta, se realizó una muestra con base en un universo compuesto por el total de mujeres entre los 29 y 49 años que presentaban trastorno depresivo como diagnóstico principal. Se marcó como límite de muestra la saturación de datos,

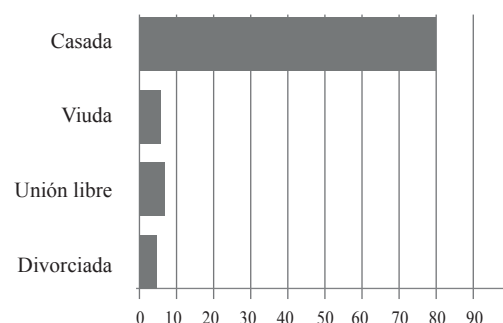
llegando a un total de 114 mujeres, punto en el cual no se presentó variabilidad en la información. El resultado del análisis estadístico específico fue: una marcada incidencia de la depresión diagnosticada en mujeres entre los 29 y 49 años, siendo en su mayoría casadas, habitantes de la ciudad de Culiacán, con menos de 4 hijos, con un nivel educativo heterogéneo, y consignando como ocupación principal el ser ama de casa, con respecto al tratamiento aproximadamente un 80 % concurría a ser atendida entre un mes y dos años. Las gráficas presentadas dan cuenta de los hallazgos que llevaron a la delimitación de la edad y el padecimiento a ser trabajo en la investigación al igual que una caracterización general de las mujeres que presentaban el padecimiento y asistían a CISAME, constituyéndose en los parámetros generales para la fase de observación no participante y participante (véanse las gráficas 8, 9, 10, 11 y 12).

Gráfica 8. DEPRESIÓN EN MUJERES (ENTRE LOS 29 Y 49 AÑOS)



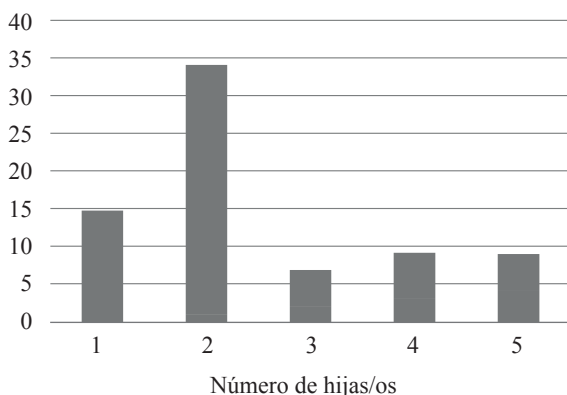
Fuente: Elaboración propia con base en análisis de historial clínico de CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 9. ESTADO CIVIL



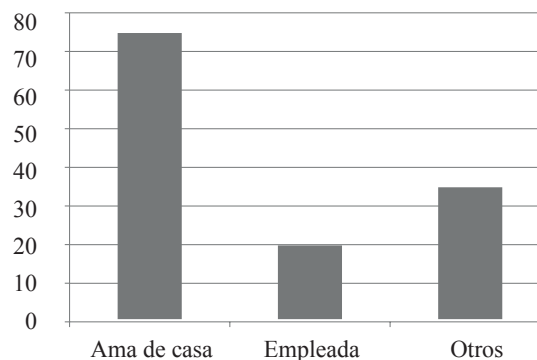
Fuente: Elaboración propia con base en análisis de historial clínico de CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 10. NÚMERO DE HIJAS/OS



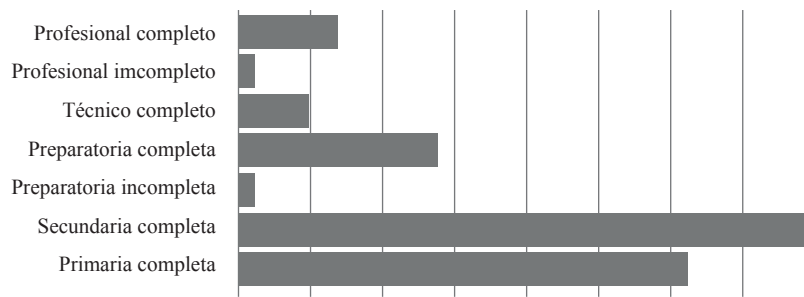
Fuente: Elaboración propia con base en análisis de historial clínico de CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 11. ACTIVIDAD PRINCIPAL



Fuente: Elaboración propia con base en análisis de historial clínico de CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Gráfica 12. NIVEL EDUCATIVO



Fuente: elaboración propia con base en análisis de historial clínico de CISAME, 2013. Culiacán, Sinaloa.

Los hallazgos obtenidos en esta etapa de la investigación permitieron la delimitación del tema de investigación, así como también la demarcación posible del grupo etario susceptible de ser estudiado. Lo planteado responde a la propuesta tanto de Burgos Ortiz (2011) como de Vasilachis de Gialdino (2007) en cuanto a la necesidad de aproximaciones sucesivas al campo de estudio, para construir el problema de investigación en el marco de un enfoque de tipo cualitativo, con especial atención a las implicancias propias del campo de la salud mental. Cabe destacar que las gráficas estadísticas responden solamente a la etapa exploratoria de la investigación permitiendo la aproximación a lo que fue el objeto de estudio.

En cuanto a los hallazgos de la sub-fase de formación grupal desde la observación no participante, la misma fue considerada como estrategia para el acercamiento directo a los sujetos de estudio, la etapa se delimita a partir de lo que se considera como nacimiento o formación de grupo. Las reuniones se pautaron para los días martes y miércoles de cada semana siendo el primero de depresión y el segundo de ansiedad, los grupos tenían una asistencia variable entre 15 y 9 mujeres, número que fue disminuyendo con el transcurso del taller y de las fases grupales. Los talleres eran realizados por estudiantes de trabajo social bajo la supervisión de una alumna de servicio social y de la jefa de trabajo social. Las actividades programadas en su mayoría consistían en pláticas dejando poco espacio para el trabajo grupal, sin embargo aparecieron emergentes grupales que fueron considerados como núcleos problemáticos para la investigación.

Los resultados de la observación no participante fueron a nivel general: la exclusiva presencia de mujeres, emergentes grupales en torno a problemáticas familiares como la maternidad y el estar para otros, sentimiento de culpa debido a las dificultades que ocasiona el padecimiento en las actividades cotidianas y problemas a nivel de pareja debido a que las mujeres dejaban las actividades domésticas o laborales ya sea por el padecimiento o por concurrir a sus terapias. A partir de

la observación se visualizan otros problemas como: la situación económica de las mujeres y sus estrategias para el logro de recursos que le sean propios, problemas de adicciones y de infidelidad de sus parejas, problemas de conducta de sus hijos (varias mujeres ingresan a terapia debido a que sus hijos son atendidos) problemas de salud como diabetes, hipertensión, entre otras puntos, que marcan la complejidad del fenómeno. Las problemáticas mencionadas se obtienen en función del análisis del proceso grupal realizado luego de las sesiones.

Se pudo delimitar en esta sub-fase elementos del lenguaje y a la vida cotidiana de las mujeres que asistían al grupo, en su mayoría amas de casa o trabajadoras domésticas; las segundas fueron las primeras en dejar el grupo debido a la situación laboral, manteniéndose las amas de casa hasta el final del trabajo grupal. Los hallazgos de esta etapa permitieron delimitar la temática e incursionar en las dimensiones históricas y culturales de las asistentes, conformando de esta manera una segunda aproximación al campo de estudio.

La fase de trabajo grupal pauta en la metodología, tanto en la etapa de reflexión grupal como la centrada en la tarea, tuvo como actividad principal la observación participante, la misma inició con la consolidación grupal (etapa reflexiva) periodo en el cual se destacan dinámicas con temáticas disparadoras de análisis individual y grupal, en este periodo cambia la coordinación del grupo permitiendo el paso de la observación no participante a participante. Durante este periodo se detectaron las capacidades y la caracterización de cada una de las mujeres 7 a 9 mujeres que asistían al grupo de manera regular. La etapa reflexiva del grupo tuvo como resultado un acercamiento a la capacidad de reflexión y análisis de las mujeres en cuanto a la temática convocante del grupo, además de participar activamente en el mundo de significados construidos por cada una de ellas, es decir permitió el acercamiento a la manera en que cada una de las mujeres construye y da sentido a su realidad social.

Luego de la etapa de reflexión, el grupo pasa a centrarse en la tarea, lo que implicó la programación de actividades manuales con un comienzo y un fin determinado, paralelo a ello se trabajó con un tema disparador de reflexión grupal, que posibilitó el diálogo y el análisis mientras se realizaba la actividad manual. Las dinámicas permitieron una aproximación a la historia personal de las mujeres habilitando la delimitación de la muestra para la ejecución de la última etapa, la historia de vida.

Cabe destacar que el análisis del proceso grupal se realizó como parte del diseño cualitativo de investigación, considerándose solo aquellos aspectos pertinentes para la finalidad del trabajo, sin perder de vista que el proceso en sí fue una construcción paulatina y conjunta con

la teoría que permitió la demarcación del estudio de las representaciones sociales del padecimiento depresivo. Por lo cual la participación en todo el proceso grupal se transforma en aproximaciones sucesivas cada vez más profundas al objeto de estudio, incursionando en el mundo simbólico, en el lenguaje y en el sentido que las mujeres le otorgan a sus prácticas cotidianas. El resultado de esta etapa permitió la consolidación de lazos de confianza entre las integrantes del grupo y la investigadora lo que posibilitó la selección de la muestra final para la historia de vida, teniendo en cuenta la permanencia de las entrevistadas en el grupo como los avances en torno a la reflexión logrados en el mismo.

4.1.2 SEGUNDA ETAPA

Fase de historia de vida

La entrevista en profundidad se planteó en diferentes fases, la primera entrevista fue de tipo exploratorio y se realizó a cada una de las entrevistadas con una duración de 60 minutos, marcando la pauta para el resto de las entrevistas y dejando espacio a la reconstrucción histórica por parte del sujeto. Las entrevistas fueron semi-dirigidas estableciéndose como tópico principal el padecimiento depresivo, llevando las entrevistadas el hilo histórico y la lógica narrativa que fue estudiada como una secuencia basada en la reflexión singular.

En total se realizaron 13 entrevistas, las cuales fueron transcritas en su totalidad para la realización de la codificación que forma parte del análisis de datos, aparte de las grabaciones se optó por el uso de las anotaciones diversas a modo de complementar el relato. Con algunas entrevistadas se utilizaron acciones propias del modelo de atención en crisis debido a la carga emocional que conllevaban las temáticas abordadas, pautándose la disponibilidad de hablar en caso que lo consideraran necesario. Según el análisis preliminar de las grabaciones realizadas se definen perfiles, puntos de encuentro y desencuentro entre las experiencias de vida; las categorías propuestas en la problematización aparecen el discurso espontáneo, estableciéndose otras categorías denominadas por Coffey y Atkinson (2003) como emergentes.

Entre las categorías principales se encuentran: la depresión (como padecimiento) y la maternidad, dado que son las principales tanto de la problematización como de los objetivos. Los primeros hallazgos de la investigación refieren categorías como: historia familiar, relación de pareja, auto-concepto e imágenes y religión en algunos casos. La importancia de las categorías

reside en que se encuentran vinculadas a la narración histórica de las mujeres, es decir no se mencionan a modo de factores determinantes, sino que se entrelazan a la historia y al proceso de construcción de las representaciones sociales. Cada una de las categorías emergentes fue resultado de un proceso inductivo de codificación, luego los códigos emergentes fueron reagrupados y definidos en relación a las categorías mencionadas.

A continuación se expondrán los principales hallazgos provenientes de la historia de vida, pautándose una primera relación categorías/códigos (teóricos) con párrafos o frases propias de las entrevistas (empírica) y posteriormente se ubican las categorías con los códigos previos y emergentes. En un tercer momento se relacionan a través del helicoide las categorías y códigos, para cerrar en el análisis de los mismos. Las etapas se corresponden al proceso descrito por Coffey y Atkinson (2003) de descontextualización y re-contextualización de las categorías, dando respuesta al proceso de construcción de las representaciones sociales del padecimiento depresivo de las mujeres madres por medio del alcance de los objetivos propuestos para el trabajo. De la forma planteada se exponen los hallazgos como líneas particulares que dan cuenta de las representaciones sociales del padecimiento depresivo y de su construcción.

4.1.2.1 El padecimiento depresivo enmarcado en la maternidad ideal.

Los hallazgos se encuentran sintetizados en lo que se denomina como el padecimiento depresivo enmarcado en la maternidad ideal, este título delimita cómo las representaciones sociales del padecimiento depresivo se relacionan con un rol materno, interviniendo para su construcción diferentes categorías como la historia familia y la relación de pareja.

En cuanto a los datos de la entrevistada la misma es la menor de dos hermanos, el primero fue robado al nacer estableciendo contacto con la familia recientemente, su padre falleció cuando ella tenía 17 años, tiene dos hijos menores de 10 años con diferentes problemas de salud vive con su madre y su padrastro, se encuentra trabajando en un negocio propio de venta de diversos artículos, no cuenta con apoyo del padre de sus hijos, como tampoco posee un trabajo formal hace cinco años, luego del nacimiento de su segundo hijo. En cuanto a su escolaridad presenta ta técnico completo habiendo ejercido durante aproximadamente 10 años, en la actualidad no ejerce su profesión. Concorre a CISAME aproximadamente hace dos años por indicación de la psicóloga de su hijo.

Categorías, códigos y discurso

El siguiente cuadro (véase *tabla 13*) se encuentra dividido en categoría y código los que se vinculan a partes de la entrevista (frase o párrafo) que responden a los mismos, solo se considera un máximo de cinco extractos de cada categoría encontrada teniendo como criterio los más representativos para dar cuenta de la presencia de los mismos en el trabajo de campo.

Tabla 13. CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y DISCURSO

CATEGORÍA Y CÓDIGO	TEXTO DE ENTREVISTA
DEPRESIÓN	“se te hace costumbre el estar siempre triste, se va volviendo parte de tu vida”(p.1)
(Pensamiento de muerte)	“(…) cuando yo ya… así cuando yo sentí más miedo fue cuando empecé a pensar, como si yo no quería dejar a mis hijos sola, como podía hacerle para que mis hijos se fueran conmigo, pero sin que a ellos les doliera” (p.12)
(Propensión a la culpa)	“simplemente yo pensé que era un pozo que me fueran pasando en la vida, y que así me tocó vivir y que así me tenía que quedar, yo pensé que, que, que era mi cruz una cosa que yo tenía que cargar es tanto, tato que te lo vas creyendo, que es así ni modo, pues no hiciste las cosas bien, es lo que te tocó vivir” (p.12)
(Tristeza)	“ves para atrás y ves tus fotos, y ves como eras y cómo eres ahora te agarra más tristeza porque dices tú, en que momento me convertí en esto que soy ahora, si antes era… (…)” (p. 21)
HISTORIA FAMILIAR (Alcoholismo paterno)	“ mi papá siguió igual (…) y sufriendo mucho por su hijo, su hijo perdido, sufriendo mucho por él, siempre tomando, siempre recordándolo a él, pero era un tema que a mí no me lo decían, no lo decían abierto” (p.29)
(Creencias pautas de género)	“él (por su papá) decía que las mujeres para que estudiaban que no, entonces yo con sacrificio y con el esfuerzo de mi mama, la ayuda de mi mamá me vine a estudiar (…) él decía que para que estudiaban si se casaban” (p.33)
(Relación materna)	“no me acuerdo de que mi mamá me golpeará (…) pero tampoco no me acuerdo que me abrazaran, que me dijeran te quiero, ella aprendió ahora con mis hijos “ (p.32)
(Interpelación familiar negativa)	“(…) yo todo esto lo viví sola siempre, yo para ese entonces yo no tenía… tenía tías pero para ellas era una loca, era la que no tenía estabilidad, era una prostituta, me trataban de todo pero se servían mucho de mí (…) cuando ocupaban dinero yo se los proporcionaba, pero no nunca les interesó cómo estaba (…) en ese inter yo viví sola todo lo que me pasaba me lo tragaba (…) pero siempre estuve sola (…)”. (p.56)
RELACIÓN DE PAREJA (pauta cultural exclusividad de la mujer)	“ (…) el primer novio lo conocí en La Paz cuando fui a hacer mi servicio social, lo conocí como a los 17 años, pues fue el primer novio, fue la primer persona con la que tuve relaciones, yo era de las que a mí me habían criado de que, si tuviste relaciones con él, con ese te vas a quedar para toda tu vida (…) vivía en EE.UU” (p.36)
(Frustración frente al ideal madre/esposa)	“ (…) pues yo sentía que… no era la familia que yo quería, porque yo siempre deseaba una familia con un papá bien, con una mamá con sus hijitos, pues yo creo que es lo que todos soñamos(…)” (p.42)
(Frustración)	“(…) pero no quería responsabilidad (en relación con el embarazo) ya estoy embarazada - y no pues si cuando él me dijo no pues hay que ver la manera de que ver si lo puedes abortar, (…) ya dije no es algo que yo había querido muchos años y que me habían dicho que no iba a poder tener y para que él me saliera con eso no (…) se fue y no regresó hasta los meses (…)” (p.58)
(Frustración)	“estas otra vez embarazada, le dije que sí, a ver cómo le haces porque yo no te puedo ayudar, tú lo puedes abortar, (…) 15 años lo tuve en un altar y de repente…”
MATERNIDAD (Frustración frente a ideal materno)	“yo sentía que no era buena para nadie, no era buena para hacer amigos en ese momento, no era buena madre” (p.5)
(Frustración frente a ideal materno)	“ ya el niño entre al kinder y empieza con problemitas (…) vaya ni para madre sirvo” (p.8)
(Buena madre conceptualización)	“ para mí una buena madre es que sus hijos estén bien, que tus hijos tengan lo que necesiten, estee que tengan una madre que los pueda ayudar (…) porque decía si los quiero tanto porque les pego ante yo no, yo no lo entendía” (p.10)
(Maternidad ambivalente)	“ (…) siento desde cinco años atrás para acá, desde que nació S. que mi vida no se… que en lugar de ir para arriba voy hacia abajo pues, en lugar de perseguir mi sueño de estar bien de tener una casa (…) en lugar de subir voy bajando” (p.68)

CATEGORÍA Y CÓDIGO	TEXTO DE ENTREVISTA
AUTO CONCEPTO/ IMÁGENES	“ para esas fechas yo dije pues ya, ya , ya por sí me sentía como fracasada porque pues ya, yo no era virgen, ya no era señorita, ya pues en fin...(...)” (p.39)
	“ (...) de repente digo me siento, me voy a sentar y voy a pensar me siento como niña, como que grande, como que adulta, como que anciana, como no sé, por eso a veces me siento la más loca no sé, no se di de mi casa, no sé de donde la más loca (...)” (p.61)
	“ yo como persona, que no me gusta lo que veo, me siento fea, me siento gorda, me siento fea, me siento así “ (p.70)
	“siento que no voy a ninguna parte , a veces me siento muy acelerada, a veces me siento muy pasiva, pero siento que a veces por más que lucho, por más que lucho no llego a ningún lado, sigo donde mismo, sigo estancada no doy ni un solo paso (...)” (p. 62)

Fuente: Elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán Sinaloa

Categorías y códigos

En el siguiente cuadro (*véase tabla 14*) se delimitan las principales categorías trabajadas con la codificación establecida, incluye tanto categorías previas como categorías emergentes durante el proceso inductivo. La finalidad de su presentación es dar cuenta de los hallazgos vinculados a las creencias, sentimientos y prácticas de las mujeres madres con padecimiento depresivo, permitiendo en un nivel de abstracción superior a la tabla anterior y más cercana a la construcción de las representaciones. Como es posible observar la tabla presenta una mayor cantidad de códigos en la categoría depresión como así también en maternidad, constituyéndose una línea de relación fuerte entre ambas

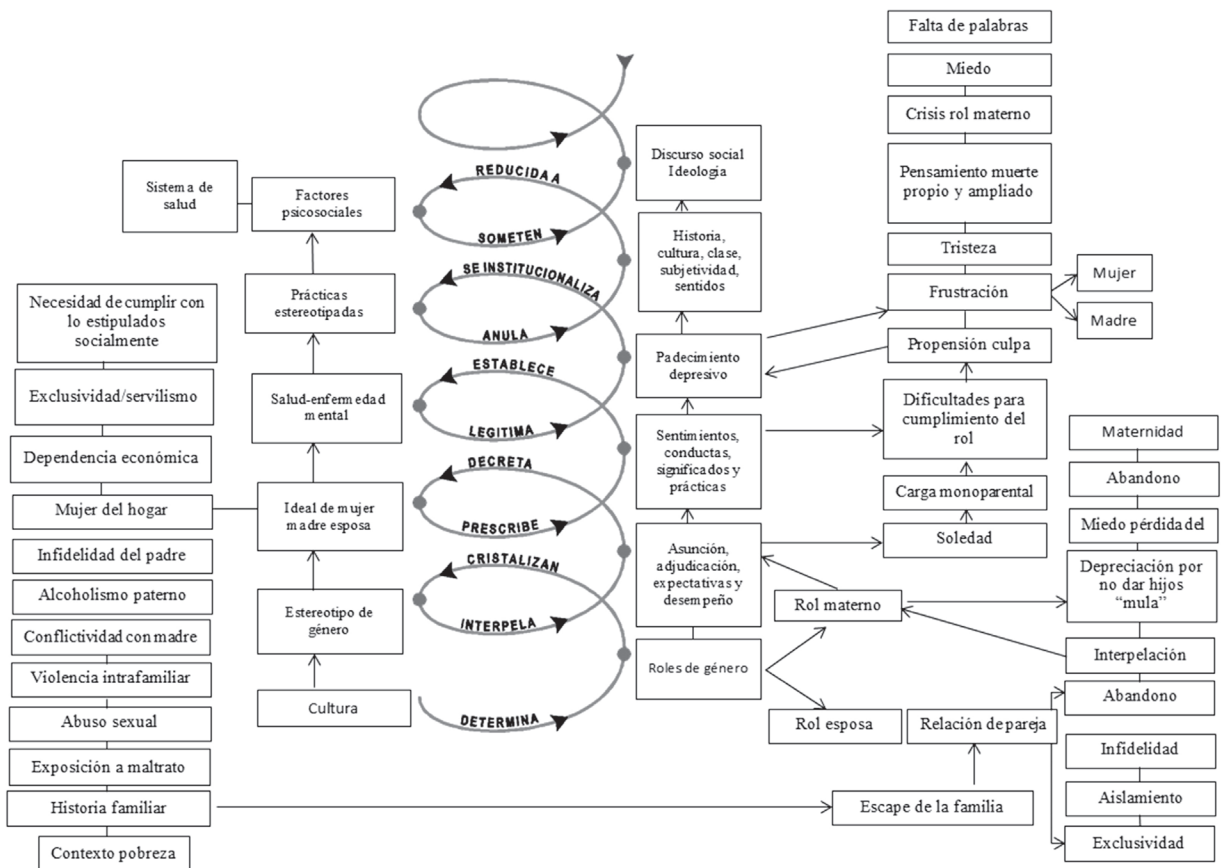
Tabla 14. CATEGORÍAS Y CÓDIGOS

DEPRESIÓN	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	MATERNIDAD	AUTO CONCEPTO/ IMÁGENES
Frustración, tristeza Soledad	Exposición a malos tratos	Dependencia afectiva y económica	Buena madre	Autorreflexión/hablar
Pensamiento de muerte propio y ampliado	Reemplazo de hijo robado por entrevistada	Internalización de pauta cultural de exclusividad	Soledad	“Borrego salido del corral”
Dependencia afectiva	Alcoholismo paterno	Internalización de pauta cultural de la sexualidad	Carga monoparental	Fracasada por pérdida de virginidad
Maltrato institucional	Exposición al abuso sexual	Mujer como “elegible” por el hombre	Dificultades con el cumplimiento del rol ideal	Sentirse “fea”
Rol de soporte Carga monoparental	Relación materna conflictiva	Aislamiento provocado por la pareja	Propensión a la culpa/rol materno	“Eres una mula” interpelación de pareja
Aislamiento propio Dependencia económica	Creencias y pautas tradicionales lugar mujer	Miedo a la pérdida del hombre	Pensamiento de muerte vinculado a crisis del rol m.	Poderosa (en relación a tener dinero)
Crisis del ideal materno	Violencia intrafamiliar	Internalización de pauta cultural de la exclusividad	Realización individual / avance de los hijos	Desubicada
Dificultades para el cumplimiento del rol materno	Modelo de género tradicional	Abandono/frustración	Violencia hacia los hijos/frustración	“Me siento niña, grande, adulta, anciana, loca”

DEPRESIÓN	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	MATERNIDAD	AUTO CONCEPTO/ IMÁGENES
Sentimiento de culpa	Necesidad de cumplir con lo estipulado socialmente	Interpelación de pareja/vinculado a la maternidad	Cambio de registro/ rol de su madre y rol de madre propio	Vivencia subjetiva: traigo cosas en la cabeza
Necesidad de cumplir con lo estipulado socialmente	Creencia: mujer del hogar no necesita estudiar (padre)	Miedo a la pérdida del hombre/embarazo falso	Medio para no perder al hombre (embarazo)	“Me siento feliz y triste” / por necesidades no satisfechas.
Miedo	Búsqueda de escape de la familia	Infidelidad	Depreciación por no “dar hijos”.	“ Como persona no me gusta lo que veo”
Necesidad de agradar a otros servilismo falta de palabras	“Aguantar toda la vida”, contrato matrimonial interpelación familiar; loca/prostituta	Depreciación de la identidad	Ideal materno/ideal de esposa sobrecarga emocional miedo/no lograr el bienestar de sus hijos	“ Siento que pasó todo muy rápido niñez, adolesc. adultez”

Fuente: elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán Sinaloa

Diagrama 15. VINCULACIÓN CATEGORIAL



Fuente: Elaboración propia, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Análisis

El mapa propuesto para el análisis de las categorías de manera individual, responde al helicoide problematizador al cual se vinculan: las categorías delimitadas para la investigación, y aquellas que surgieron de manera inductiva de la misma. Es posible marcar cómo la categoría historia familiar se enlaza de manera particular al ideal de mujer madre y esposa el cual se manifiesta a partir de diferentes afirmaciones como se mencionó en el primer cuadro (*ver tabla 14*).

Por otra parte, siguiendo el sentido del helicoide en cuanto a los roles de género, los mismos se han centrado en el rol de esposa y en el rol materno, con respecto al primero se incluye dentro de la categoría relación de pareja la interpelación conyugal como código, esta responde a la manera en que es nombrada por el Otro y como responde a la misma. En su vinculación con las representaciones sociales propuesta por Moscovici (1986), el hallazgo se encuentra en la interpelación que enlaza la noción de Otro con el sujeto, es decir aquel que nombra al sujeto vinculándose con el objeto de representación dentro de la propuesta triádica, sujeto, objeto y Otro. En la gráfica y tablas presentadas, es la pareja quien otorga un lugar social a la mujer, un lugar caracterizado por considerarla como propiedad del hombre quedando identificada como “su mujer” explicitando el prototipo de exclusividad donde ésta adquiere características de objeto.

La pauta de exclusividad impuesta a través del discurso (centrado en una relación de poder desigual), se relaciona con la noción de aislamiento en cuanto el sujeto condiciona sus prácticas cotidianas, llegando en ocasiones a no poder mirar, ni saludar a otros hombres debido a que sufriría una sanción por parte del Otro interpelador, en este caso la pareja. La vivencia de exclusividad es considerada por la mujer como privilegio al ser “la elegida” por un hombre. En este punto interviene el ideal de esposa del sujeto, el cual se basa en la pauta familiar que establece la primera experiencia sexual de la mujer como determinante de la única pareja posible. Sobre esta creencia construida desde las relaciones de poder familiar, se asienta el poder de la interpelación que posteriormente tendrá la pareja sobre el sujeto, poder que es producto de una construcción histórica familiar, donde la mujer es nombrada y objetivada por un Otro idealizado.

Lo expuesto se vincula a los aportes de Burín (2009) y Velazco Arias (2009) en cuanto la pauta de exclusividad observada en la categoría historia familiar, se corresponde con el devenir histórico del lugar de subordinación ocupado por la mujer, por otra parte se relaciona con el modelo tradicional de género debido que estas creencias internalizadas ubican a la mujer en un espacio de vulneración social que afecta su salud mental debido a la pérdida de autonomía.

Sin embargo, la infidelidad y abandono del Otro interpelador, devienen en torno a la imposibilidad de tener hijos y asociado al rol materno, al respecto la interpelación de la pareja es de depreciación en cuanto llama al sujeto “mula” otorgando un lugar social que puede interpretarse como *aquella que no puede tener hijos*. Luego de lograda la maternidad (con otra pareja) es abandonada por el padre de los hijos debido a no aceptar la paternidad, es decir nuevamente la entrevistada es dicha por Otro quien la deprecia por ser madre. Esto trae aparejado la denominada carga monoparental, transformándose sus hijos en interpeladores de la mujer. La mujer interpelada desde sus hijos para el logro del espacio social, es negada por los mismos lo que provoca angustia con base en su cuestionamiento sobre ser buena o mala madre, lo que genera una nueva crisis por falta de reconocimiento parental.

La carga monoparental deviene en prácticas que son marcadas como dificultades para el cumplimiento del rol, las mismas se manifiestan como frustración debido a que no se responde al ideal materno al cual se anhela llegar. El no poder cubrir las expectativas idealizadas genera propensión a la culpa, tristeza, dificultades para hablar del tema, llegando al punto crítico del pensamiento de muerte propio y ampliado, llega a tal extremo la internalización y rigidez de los ideales y la búsqueda en torno a lograr ser una esposa y madre ideal, que el no cumplimiento de las expectativas llevó al sujeto a pensar y planificar su muerte y la de sus hijos.

Según la secuencia delimitada, la representación social del padecimiento depresivo en el sujeto, deviene de un proceso que tiene como base la historia familiar donde se asientan las primeras interpretaciones para construir la realidad social, constituyéndose la familia en el micro-espacio cultural donde la vida cotidiana se reproduce, marcando el contenido de las representaciones o el conocimiento del sentido común con respecto a la práctica y pensamiento de los roles de géneros. Los roles propuestos responden al denominado modelo tradicional de género propuesto por Velazco Arias (2009), donde el contenido de los roles se vincula a la sexualidad exclusiva, una relación de pareja centrada en el servilismo, la docilidad y la maternidad como eje de vida de la mujer, siendo a su vez responsables de los problemas de su descendencia. Son estos contenidos los que imprimen en cierta medida los pensamientos y prácticas de los sujetos dependiendo del poder y legitimación de las relaciones y discursos.

Es necesario considerar que aun cuando los contenidos mencionados marquen al sujeto, se presenta una diferencia entre el ideal internalizado por el sujeto a través del lenguaje, la experiencia vivida en la práctica y la vivencia del sujeto que constituye lo que pautará su accionar futuro, por lo tanto la representación devendrá tanto del conocimiento del sentido común inter-

nalizado, como de la práctica concreta de los sujetos. En esta línea presentada el ideal marcado de maternidad desde la historia familiar es construido por comparación social del rol materno (lo que fueron otras madres con sus amigas por ejemplo) lo que esperaba el sujeto de su madre y el ideal social como pauta familiar, estas tres líneas marcan las prácticas, las conductas y los sentimientos ideales, además de dar sentido a cada uno de ellos.

Sobre la base de la historia familiar se ubica la elección de pareja, la cual tendrá una doble vertiente, aquella vinculada a la historia de pareja de su madre con su padre y la ideal propuesta desde la niñez, nuevamente la elección de pareja se realiza bajo estos parámetros, sin presentarse una crítica frente a ellos, lo cual deja al sujeto anclado a una simbolización adjudicada, mas no es vista ella misma como productora de símbolos en cuanto a su propio ser social. El lugar que ocupa la categoría relación de pareja en la construcción de las representaciones en torno a la depresión, es el de transformarse en otro hilo del entramado representacional sin el cual es imposible entender la vivencia de maternidad.

La maternidad por otra parte, produce frustración por defecto o por exceso, es decir si no se es madre es juzgada, pero al momento de serlo también lo es, por lo tanto en la construcción de la representación en torno la categoría maternidad entran tres líneas a conformarla, cómo fue la madre del sujeto en la realidad, cómo es considerada socialmente como madre (ideal) y que lugar le da la pareja a su maternidad, lo cual la ubica en lo que se puede denominar como maternidad ambivalente. Al no poder corresponder con ninguna de las imágenes esperadas el sujeto entra en un círculo del cual emergen manifestaciones como tristeza, frustración, miedo, que pueden ser re-significados en el contexto de salud mental como depresión.

El hallazgo más relevante de esta primera línea de representaciones sociales en torno a la depresión es que la construcción de las representaciones se constituye como un proceso que deviene de la infancia, de la forma de construir el conocimiento del sentido común que es el que direcciona las conductas, marca sentimientos y da sentido a las prácticas. El proceso es de tipo histórico, cambiante, flexible y depende de los cambios del medio social en el cual se encuentre el sujeto, teniendo en cuenta que la rigidez de los ideales heredados y construidos dificulta los procesos de reflexión que permiten modificar la percepción y construcción de la realidad social.

Lo mencionado implica que no es posible solamente observar o intervenir desde el trabajo social sobre las manifestaciones del padecimiento, sino que debe observarse cuál es la forma en que se construyó socialmente el padecimiento para evitar reforzar discursos que históricamente resultaron perjudiciales o que alimentan el padecimiento de las mujeres. Por lo tanto los conte-

nidos de la historia familiar, las relaciones de pareja y la maternidad conforman un entramado que emerge en síntomas, pero cuyo desentrañamiento constituye la clave para la reconstrucción de la realidad social del sujeto.

4.1.2.2 El padecimiento depresivo y el poder de las creencias familiares.

Los hallazgos se encuentran sintetizados bajo el título de, el padecimiento depresivo y el poder de las creencias familiares, este título delimita cómo las representaciones sociales del padecimiento depresivo se relacionan principalmente con el contenido de las creencias familiares y su rebelión ante los mismos, siendo más importante la maternidad y paternidad ejercida sobre el sujeto que la que ejerce el sujeto sobre su descendencia. En la construcción de las representaciones sociales interviene la categoría historia familiar, relación de pareja y maternidad. La entrevistada es la sexta de doce hermanos, sus padres son separados. Tiene dos hijas menores de 14 años, vive su esposo e hijas en una casa propia, hace 3 años que no trabaja formalmente. Posee preparatoria completa, siendo la única de sus hermanos alfabetizada. Concorre a CISAME aproximadamente hace un año frente a un problema que tuvo a nivel marital.

Categorías, códigos y discurso

Tabla 16. CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y DISCURSO

CATEGORÍA Y CÓDIGO	TEXTO DE LA ENTREVISTA
DEPRESIÓN Malos tratos en la infancia	“(…) pues has de cuenta que, yo pienso que desde chica tenía depresión (...), me sentía triste así por cosas que me pasaron de niña que mi mamá me pegaba mucho, me pegaba, me quemaba y desde entonces yo siento que tengo, tenía depresión (...)” (p.1)
Infidelidad	“(…) ya me sentía muy mal, me puse mala ya no sabía de mí, me quería morir y fue realmente la gota que derramó el vaso (infidelidad del esposo), yo pienso por eso, estoy aquí, ya me quería morir, ya me sentía muy mal (...)” (p.1)
Pensamiento de muerte	“yo de chiquita me quería morir porque a cada rato me pegaba, y nomás que nunca me animé a hacer nada me daba miedo, me daba miedo hacerlo y que, y que después hubiera que... haz de cuenta que lo hiciera y quedara viva pues y que quedara peor (p.1)
tristeza	“(…) pero ahora si caí bien feo porque me puse triste y eso, y lloraba día y noche así (...) me puse muy mala, gritaba, me quería morir, me golpeaba en las paredes y así yo sola me hacía daño (...)” (p.3)
HISTORIA FAMILIAR Pauta de crianza machismo	“ mi apá como que, como que no existía porque ha de cuenta que , como mi apá era muy machista a él no quería saber nada de las mujeres, él decía que él se encargaba de los hombre y las mujeres que se hiciera cargo mi amá y él (...) tampoco nunca nos pelaba porque, supuestamente él se hacía nomás de los hombres es, es muy machista” (p.2)
Violencia física	“ sí, mi mamá me pegaba mucho” (p.2)
Violencia conyugal (padres)	“pero pues mi amá y me apá peleaban muy feo a cada rato se querían matar y no... se peleaban muy feo y todo eso lo vivimos , lo miramos, o sea al rato se agarraban a golpes o a todos, se querían matar, peleaban así bien feo (...)” (p.4)

CATEGORÍA Y CÓDIGO	TEXTO DE LA ENTREVISTA
Conflicto con la madre	“(…) mi mamá desde niña mi mamá nos pegaba mucho, nunca tuvimos niñez, siempre nos golpeaba y puro hacer negocio hacer negocio, moler, acarrear agua, hacer tortillas, todo eso nunca nos dejaba jugar no, para mi mamá era puro negocio, que esperanza que jugáramos un ratito “ (p.6)
RELACIÓN DE PAREJA relación conveniencia	“y ya crecí y me casé con el primero que me llamó un poquito la atención para salirme de la casa, yo no quería estar ahí en la casa” (p.3)
Modelo tradicional de masculinidad y feminidad	“(…) si porque ya le hacían mucha carrilla y lo dejaban en vergüenza delante de la gente y ya no quiere dejarme trabajar (…) sí, delante del resto de los familiares porque hacíamos convivencias y … y usted compa que no puede dominar a la mujer, de decían que no la puede, no la puede sacar a trabajar y que no sé qué y le hacían mucha carrilla delante de la gente pues (…)” (p.11)
Infidelidad (crisis de pareja)	“hace tiempo mi esposo me engañó, me puso el cuerno con una chamaca y fue la gota que derramó el vaso” (p.1)
Infidelidad (crisis de pareja)	“(…) lo perdoné, lo corrí de la casa, duró como un mes en la calle y lo perdoné hasta que vine aquí (CISAME) hasta que empecé a tomar medicamento y me quitó el coraje que le tenía, porque traía un odio, un coraje”. (p19)
MATERNIDAD Depresión posparto	“(…) yo cuando tuve a las niñas tuve depresión posparto porque no las quería, no las quería ni ver yo porque todo el día lloraban las plebieras y yo ¡ya cállate! Y ¡ya cállense! Decía, como que tenía a las dos chiquitas pues, las tuve casi pegadas (…) las dos se enfermaban al mismo tiempo, se hacían del baño las dos al mismo tiempo (…) ¡yo sentía que me iba a volver loca! y el me ayudaba mucho con las niñas (…)”. (p19)

Fuente: Elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán, Sinaloa

Categorías y códigos

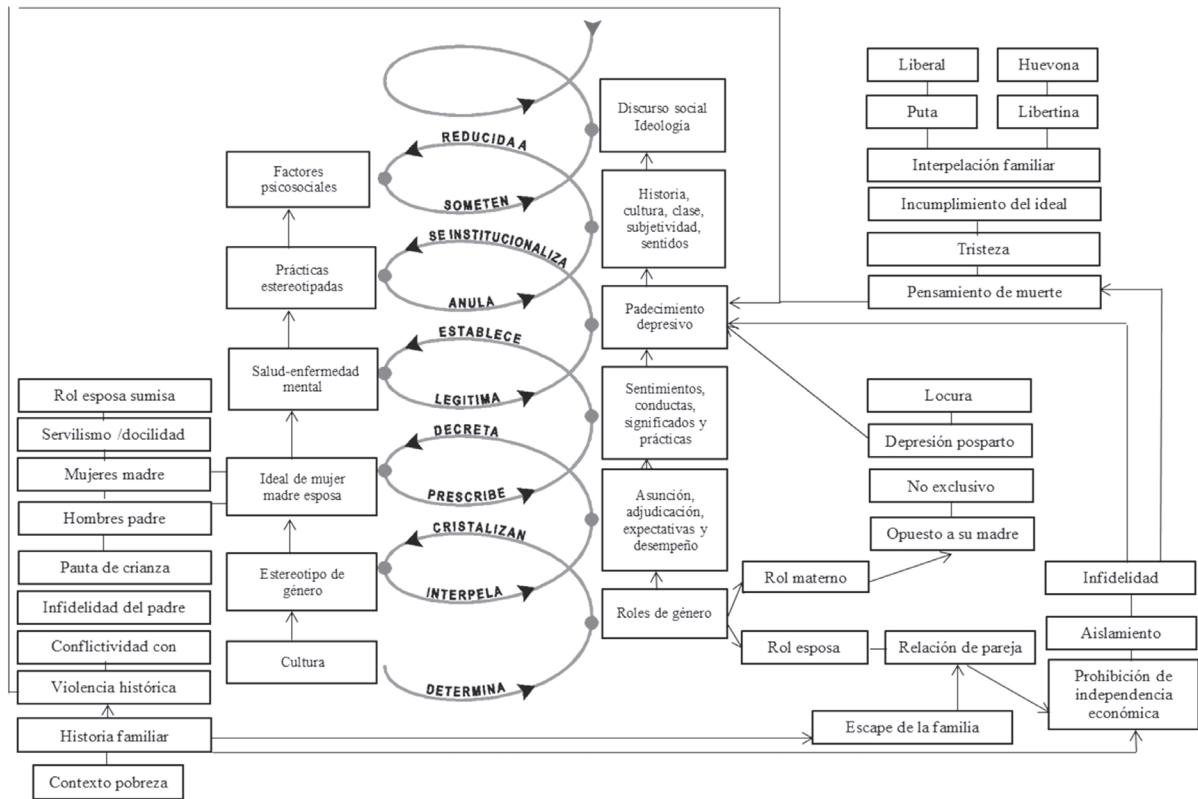
En el siguiente cuadro se delimitan las principales categorías en la codificación establecida, incluye tanto categorías previas como emergentes durante el proceso de análisis inductivo. La finalidad de su presentación es dar cuenta de los hallazgos vinculados a las creencias familiares en esta línea de representaciones, abriendo espacio las denominaciones realizadas por el otro y al autoconcepto del sujeto en lo que denomina como una actitud de “rebeldía”. La tabla presenta un nivel de abstracción que permite el trabajo con el diagrama de relaciones categoriales

Tabla 17. CATEGORÍAS Y CÓDIGOS

DEPRESIÓN	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	MATERNIDAD	AUTO CONCEPTO/ IMÁGENES
Violencia física (infancia, adolescencia)	Madre: dura/seca/amargada/peleonera/violenta	Infidelidad (crisis de exclusividad)	Depresión posparto	Independencia económica suspendida
Pensamiento muerte (niñez y adultez)	Violencia histórica (tres generaciones)	Matrimonio/salida o huida de familia	Locura	Rebelde
Miedo	Pauta de crianza: machismo/ mujeres madre/hombres-padre	Prohibición de independencia económica/ por modelo tradicional de género	Rol materno opuesto al ejercicio por su progenitora	Rol de esposa no sumisa
Tristeza	Relación padre y madre: ruptura por infidelidad	Rol de esposa (cocinar, limpiar, planchar)		“Fui la rebelde, la puta, la libertina”
Rol doméstico	Conflicto con la madre			
falta de comunicación	Interpelación familiar: puta, vaga, libertina, liberal, huevona/violencia física.			
	Rol de esposa sumisa			

Fuente: Elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Diagrama 18. VINCULACIÓN CATEGORIAL



Fuente: Elaboración propia, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Análisis

Siguiendo la secuencia establecida por el helicoide y las tablas expuestas, el proceso de construcción de las representaciones del padecimiento depresivo se visibiliza luego de la ruptura de la pauta de exclusividad del vínculo de pareja (infidelidad), lo cual provoca la actualización de hechos o sucesos de la historia familiar del sujeto no expresados hasta el momento.

El diagrama que representa el proceso del sujeto en cuanto al padecimiento depresivo tiene como visible la ruptura del vínculo de pareja, pero deviene del contenido de la historia familiar, debido a que la depresión como tal es mencionada como una vivencia que procede de la niñez. Se destaca como *gatillador* del padecimiento la violencia física ejercida por la madre del sujeto comenzando los pensamientos de muerte a muy temprana edad, siendo el interpelador principal, un Otro que denigra física, psicológica y socialmente al sujeto, lo cual genera en el mismo un desprecio a la figura de poder y a los mandatos que de ella emanan.

Dentro de la historia familiar se destaca una pauta de crianza donde el género queda evidenciado a través de las diferencias, lo cual puede referenciarse a partir de un discurso

estereotipado donde las mujeres debían ser criadas por la madre en una educación basada en el adiestramiento de las labores domésticas y de crianza. Los hombres, por otra parte, era labor del padre criarlos enfocados en las labores del campo, la madre no se involucraba en la educación de los hijos, como tampoco el padre en la de las hijas, teniendo los hombres por sobre las mujeres de la familia privilegios en cuanto no se ejercía violencia física sobre ellos. Queda establecida claramente el lugar de la mujer exclusivamente centrado en el mundo privado y el hombre en el mundo público, siendo de tal rigidez el estereotipo que si los sujetos (hombres o mujeres) salían de los espacios asignados eran sancionados por medio de la violencia física y verbal, lo cual construía y construye relaciones de poder basadas en la sumisión y docilidad de los sujetos de acuerdo al espacio ocupado.

La representación social del ser mujer otorgada por la familia, implica prácticas concretas visualizadas en el rol de esposa como: sacarle las botas a su esposo, tener la comida preparada, planchar, lavar, limpiar, atender todas las necesidades de la pareja y tolerar la infidelidad lo cual ubica a las mujeres en el espacio exclusivamente doméstico y de servilismo, sin posibilidades a la crítica del mismo, generando a su vez una relación de dependencia con el hombre.

El ideal propuesto desde el espacio familiar es el de un rol de esposa sumisa, servicial, exclusiva y dependiente tanto económica como afectivamente del Otro (esposo), este ideal fue internalizado y marca el pensamiento y las prácticas de las mujeres que forman parte de la familia y por otra parte los hombres consideran a la mujer desde un lugar de sumisión a sus designios o mandatos. Sin embargo, frente a la rigidez del contenido de los roles, el sujeto (entrevistada) se rebela debido a que cuestiona en primera instancia el poder del discurso familiar, lo que conlleva el sometimiento a interpelaciones familiares diversas por no seguir lo establecido (*ver tabla 16*)

En cuanto a los roles de género, el rol de esposa del sujeto en estudio se caracteriza actualmente por el aislamiento, debido a la prohibición de la independencia económica por parte de la pareja, la independencia es negada al sujeto por ser juzgado negativamente su pareja a nivel familiar debido a que, para este entorno, la mujer que trabaja es considerada como “libertina”. A diferencia del caso anterior la interpelación recae sobre ambos miembros de la pareja circulando un discurso de poder de la familia de la mujer hacia la pareja, por lo tanto ambos a pesar de pensar diferente actúan de acuerdo a la pauta familiar en cuanto al estereotipo marcado como: la mujer es de la casa y el hombre debe trabajar para ser el sostén económico familiar, de lo contrario el hombre es juzgado como incapaz e imposibilitado para “gobernar” (dicho por la familia) a una mujer.

Las representaciones sociales en torno al rol de esposa se construyen en un proceso que deviene de una historia familiar, pero que posiblemente la práctica educativa del sujeto logró modificar. La rigidez del contenido del rol de esposa, impuesto desde el poder del discurso familiar, se relaciona con la propuesta de Velazco Arias (2009) en cuanto se corresponde con el modelo tradicional de género y como el mismo contribuye a la vulnerabilidad de las mujeres. Una de las frases que resume el lugar de dependencia asignado a la mujer es “para que vas a estudiar si te vas a casar”, la frase resume la idiosincrasia familiar que marca las prácticas y el pensamiento del sujeto. Sin embargo la educación del sujeto (entrevistada) permitió oponerse a lo esperado, debido a que actuó como un interpelador crítico frente a la realidad, es así que en la búsqueda de salir de un espacio de violencia familiar se retoma el matrimonio, pero no desde una figura idealizada del mismo, sino como alternativa legal aceptada familiar y socialmente para escapar de una realidad vivida como opresora y violenta.

Las representaciones sociales en torno a la depresión se construyen desde una niñez marcada por la violencia y el pensamiento de muerte y durante la adolescencia a través de una interpelación discursiva que otorgaba motes como: “puta”, “libertina”, “liberal” entre otros. A través de la práctica educativa el sujeto logra abrir un espacio a nuevas formas de repensar su realidad social, buscando alternativas para salir de los cánones sociales y familiares. En cuanto al rol materno se menciona la depresión postparto sin ahondar en el tema, aunque refiere ejercer una maternidad opuesta a la ejercida por su madre, recibiendo críticas sobre su forma de ejercer el rol materno, no llegando a modificar el contenido de sus prácticas.

Se puede observar en el proceso de construcción representacional como la intervención de otros actores sociales como la educación o la relación de pareja contribuyeron a la ruptura de los estereotipos de género, al igual que abrieron las posibilidades a la construcción de significados diversos a los existente en el espacio microsocio y estructural del sujeto. Como lo plantea Banachs (2000) es a través del proceso de interacción social, en este caso el espacio educativo, el que logra cambios en la forma de construir la realidad modificando aspectos cognitivos y sociales, lo que se evidencia en ser la única mujer de la familia alfabetizada que logra trabajar por un importante periodo de tiempo.

Según lo expuesto y siguiendo los aportes de Burín (2009) aparece la historia dando cuenta de aspectos que han traspasado épocas observándose en la actualidad, el espacio centrado en lo doméstico puede ser vivido como único destino de la mujer, lo que sumado a la falta de educación la sujeta a un lugar de escasa movilidad aunque existen mujeres que logran separarse,

pero es tal el poder sancionatorio del discurso familiar que pueden quedar entrapadas en él. La determinación de los roles y su cristalización, unidos a la interpelación presenta dos caminos: el de seguir con lo establecido o rebelarse, en el caso de no continuar con ello la sanción a nivel familiar tiene un peso importante sobre la mujer marcando la salud mental de la misma, en este caso por defecto, es decir por incumplimiento de lo estipulado.

El proceso de construcción de la representación del padecimiento depresivo se establece con diferentes categorías que entran en interrelación marcando un contrapeso particular la historia familiar, siendo el marco del cual el sujeto busca diferenciarse, siendo el actual episodio una reactualización del pasado. La capacidad de simbolización o producción de significados cambian en el momento que el sujeto interactúa socialmente en otros espacios sociales como lo es la escuela y el trabajo, posibilitando una habilitación social diferente dada por el reconocimiento social en ambos espacios.

Los hallazgos expuestos permiten la relación con los supuestos planteados por Jodelet (1983) en cuanto a cómo las creencias y las prácticas permiten al sujeto vincularse al medio social, aunque se destaca que la rigidez de las mismas y los estereotipos conformados dificultan el crecimiento y el cambio del sujeto en sus posibilidades de hacer asequible y modificar al mundo que lo rodea. La construcción del padecimiento depresivo fue realizada por quien denuncia el esquema familiar, la denuncia permite mover los estereotipos marcados, abriendo espacio a la comunicación y la palabra que han logrado revisar la construcción de su padecimiento desde un punto de vista crítico. Si bien la familia marca las pautas que construyen al sujeto social, las interpelaciones familiares pueden ser negadas por el sujeto al incorporar nuevas prácticas sociales, resguardando y potenciando aspectos que le permiten la crítica en su vida cotidiana y a su historia, abriendo paso a una construcción de la realidad social diferente a la establecida así como también la reformulación de los roles de esposa y madre.

Como es posible observar el estudio de las representaciones sociales consideradas desde el trabajo social muestra una visión diferente en cuanto a la depresión, vinculada íntegramente a las pautas familiares y a una maternidad que tiene como base la experiencia desde el lugar de hija que no se repite a nivel de la descendencia del sujeto. Según lo presentado se abre el espacio al estudio de las pautas pasadas que marcan el accionar social actual, siendo necesario el conocimiento de las mismas para comprender el pensamiento y las prácticas de los sujetos fortaleciendo los aspectos críticos y reflexivos propios de la singularidad.

4.1.2.3 El padecimiento depresivo desde la negación del *Otro*

Los hallazgos se encuentran condensados en la frase, el padecimiento depresivo desde la negación del Otro, el mismo tiene como base la triada planteada por Moscovici (1986) para la construcción de las representaciones sociales: sujeto, Otro y objeto. La importancia reside en la impronta que el rol materno y el rol de pareja tiene sobre el sujeto conformando una red de significación que construye el padecimiento depresivo a nivel histórico. A diferencia de las construcciones presentadas anteriormente, el lugar de Otro es ocupado por diferentes interpeladores, habilitando o no la construcción de significados vinculados a diversas experiencias. La entrevistada es la tercera de seis hermanos, su madre falleció hace tres años y su padre hace dos. Tiene dos hijos adolescentes y tuvo una hija que falleció al nacer, vive su esposo e hijos en una casa propia, realiza diversos productos manuales para vender. Presenta preparatoria completa. Concorre a CISAME hace un tres años luego de la muerte de su madre.

Categorías, códigos y discurso

Tabla 19. CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y DISCURSO

CATEGORÍA Y CÓDIGOS	TEXTO DE ENTREVISTA
DEPRESIÓN (Duelo por hija)	“(…) antes de L.E la niña que murió al nacer, va a cumplir 25 años (…) ella falleció al nacer tenía doble circular” (p.1)
(Duelo por madre)	“A raíz de la muerte de mi mamá, hace dos años (…) yo no me resignaba a perderla todos los días lloraba, todos los días hablaba con ella le hacía muchas preguntas que no pues, que no había respuesta alguna (…)”. (p.3)
(Pensamiento de muerte)	“y luego todo lo acumulé hasta que falleció mi mamá, fue donde yo exploté, fue el último, esa fue la gota que derramó el vaso con la depresión, me quiero morir, yo no quiero seguir viviendo, ¡pero tus hijos! No me importan mis hijos (…) yo me quiero morir con mi mamá yo no quiero seguir viviendo, no tengo nada que hacer en esta tierra (…)”. (p.32)
(Abandono)	“fue desde la operación yo quería salir sola, pero yo lloraba mucho y es que en el trayecto de mi operación (…) me quitaron la matriz y me esposo no estuvo conmigo a lo mejor eso también me deprimió (…) sentía que me había pasado un camión por encima en el pecho sentía el dolor que era la operación nada no me podía levantar (…)”. (p.50)
HISTORIA FAMILIAR (Infidelidad paterna)	“(…) mi papá le hizo muchas cosas, mi papá tenía… bueno andaba con mujeres cuando él se iba de viaje, porque él viajaba mucho se llevaba mujeres (…) mi tía y mi abuela encerraban a mi papá con mujeres (…) mi mamá le aguantó todo, todo eso, le aguantó muchas cosas
(Dependencia económica)	“ mi mamá sufrió con mi papá (…) mi mamá nunca recibió dinero por parte de mi papá (…) nunca, nunca ni un peso, ella quería atenderse con un médico pero nunca ni un peso, pues mi papa era él que manejaba todo (…) nunca le hizo faltar nada, comida y todo eso, yo digo que era sufrida por la actitud de vida que le dio mi papá (…)”. (p.5)
(Alcoholismo paterno)	“ fueron muchísimos años (depresión) quizás desde la infancia también, luego la falta de papá, el después tener papá, él papá es un borrachito, no nos maltrataba (…) pero fue un hombre que le tuve miedo, siempre que llegaba tomado yo le tenía miedo (…) yo me escondía debajo de la cama, de allí no me salía yo (…)” (p.32)
(Carga monoparental madre)	“mi mamá era la que era mamá y papá, mi mamá nunca trabajó tampoco, pero siempre estaba con nosotros (…) diez años estuvo mi mamá a cargo de nosotros (…) las reglas de la mamá eran de la mamá (…)”. (p.23)
RELACIÓN DE PAREJA (Infidelidad de su pareja)	“(…) cuando me dio el primer derrame, él andaba (esposo) con una cuñada mía y siempre me lo ha negado, yo los enfrenté a los dos y él se quedó con ella, yo salí abatida de allí, mi esposo me echaba y todavía me sigue echando mucho en cara de que yo tuve novios antes que él (…)”(p.14)

CATEGORÍA Y CÓDIGOS	TEXTO DE ENTREVISTA
(Cambio rol de novia a rol de esposa)	“(…) cuando yo cumplí 17 años y tres meses me fui con él (...) no ves que se me hace que estando de novios es una cosa y ya juntos era todo lo contrario, que si yo hubiera sabido que me... siempre me iba a estar reclamando y reclamando ¡por qué tuve novio!, ¡por qué tuve novio!”(p.14)
(Discurso de desprecio a la sexualidad)	“(…) desde chiquilla fui noviera, pero de esos novios de manita sudada, para mí el que te tocaran una parte de tu cuerpo pos... era malo, era malo, ya eras, si sabía otra persona con la que andabas de novia que ya te habían tocado, que ya te habían hecho cosas, te iban a dejar, no te iban a querer como mujer, es la creencia que yo traía (...)” (p.15) “(…) si te tocan... si, ya eras una mujer sucia, no es lo mismo la ciudad que el rancho, son ideas (...)”. (p.15)
(Matrimonio como salida del hogar)	“(…) era pasajero el noviazgo, pero como no me dejaban andar con él, él mi invita y pues yo quería libertad, después me llegué a enamorar de él, pero no estaba enamorada de él (...) no me dejaban salir, andar con él (...) y yo pues si no me dejan salir con él pues entonces él me dice vamos y yo sin pensarlo pues vámonos (...)”(p.25)
(Soledad/aislamiento)	“por dentro (frente a la infidelidad) te estás pudriendo porque te estas guardando todo, todo, todo, todo él se iba a trabajar (...) y yo me daba contra un espejo, lloraba, gritaba por qué, en que fallé, si en el sexo hacia yo lo que me pedía siempre aunque no me gustara, porque me hace esto (...)”. (p.43)
MATERNIDAD (Contrato matrimonial de exclusividad)	“(…) él me reclamaba, si yo iba para con mi amá, si que allá estuviste con él, que no sé qué y algunas veces me dijo que el bebé que traía en el vientre no era de él (...) que de quién sabe de quién será y cuando mi hija murió le dije, lo único que le pedí a Dios fue que... que cuando naciera se pareciera a ustedes, para que vieras que yo nunca me entregué a otro hombre (...)”. (p.27)
(Contrato matrimonial de exclusividad)	“(…) fue muy difícil (embarazo) porque yo siempre estaba bordando, mi mamá siempre tejía y bordaba, yo me puso a bordar también le hice colchitas a mi hija (...) llegaba y pues me las arrebatava y me sentía mal, yo lloré mucho en todos mis embarazos siempre lloré, como que a él no le gustaba, o sea si los quería pero como si le fueran a robar a la mujer (...)”. (p.27)
(Pensamiento de muerte)	“(…) yo creo que ahí empezó porque yo caí en depresión, me dolía todo (...) me valía todo (...) a mí me daba igual, yo me levantaba y agarraba los cristales, los limpiaba con él dedo así y me comía la tierra porque me quería morir, a mí se me acabó la vida cuando nació mi hija (...) se me acabó la vida y yo no quería saber nada de nada, de nada (...)”. (p.27)
(Carga monoparental)	“(…) ellos siempre estuvieron conmigo 18 años yo fui mamá y papá, él llegaba nomás al hotel a dormir y al restaurante, mi esposo (...) yo me hice cargo de mis hijos aunque estuviera con tu mamá, donde pateaste con tus hijos, donde jugaste a las canicas con tus hijos (...)”. (p.65)
AUTO CONCEPTO/IMÁGENES	“(…) yo era tremenda, tremenda, con razón me pusieron la guacha, porque igual te jugaba al tacán, te jugaba a las canicas, al yo-yo, al trompo, todos esos juegos de antes habidos y por haber, mi amá decía pinche marimachona allí está con los plebes” (p.19)
	“(…) mi papá nunca nos golpeó, nunca nos gritó, bueno si nos pegaba porque era la ley de ellos, antes de que no nos iba a corregir con golpes, pero a mí por más chingasos que me metieran, yo siempre fui macho (...)”. (p.34)
	“empiezas a recordar y dice ah viví, esto viví esto otro, recuerdo esto, recuerdo lo otro y uno dice ¿cómo sigo?, yo creo que he aprendido y digo yo aunque se cierran los ciclos y recuerdo yo ya no lloro al recordar todo, al hablar de mi madre, el hablar de mi padre, yo al principio lloraba, todo el día llorando (...)”. (p.49)

Fuente: elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán Sinaloa

Categorías y códigos

En el siguiente cuadro se delimitan las principales categorías trabajadas en la investigación con la correspondiente codificación resultante.

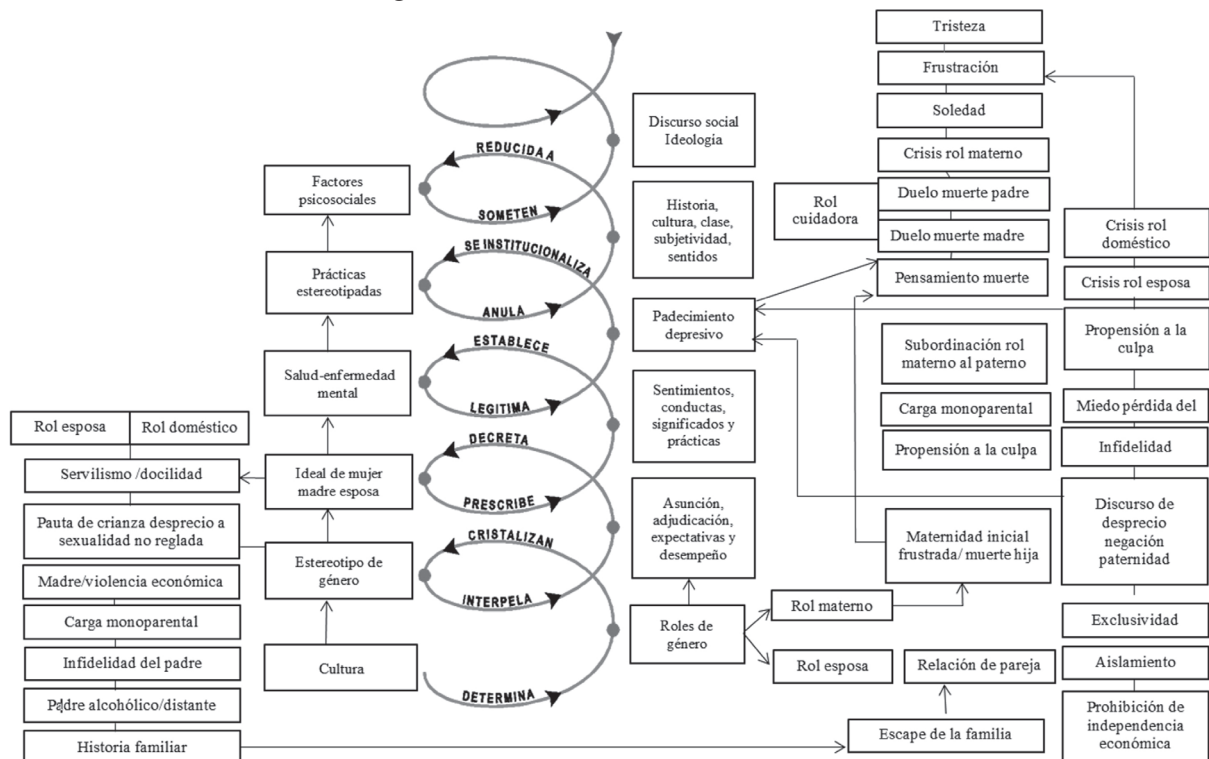
Tabla 20. CATEGORÍAS Y CÓDIGOS

DEPRESIÓN	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	MATERNIDAD	AUTO CONCEPTOS/IMÁGENES
Tristeza/muerte de la madre	Padre: distante	Depresión: malos tratos	Duelo por hija muerta/ maternidad inicial frustrada	Niñez: “yo era tremenda me pusieron “la guacha”
Responsabilidad por bienestar físico/rol cuidadora	Madre: hogareña, trabajadora sufrida (infidelidad, dependencia económica)	Infidelidad	Embarazo (mal) negación de paternidad de 1° hija	Por qué somos machistas “¿por qué buscamos rosa para niña y azul para niño?”

DEPRESIÓN	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	MATERNIDAD	AUTO CONCEPTOS/ IMÁGENES
Tristeza/muerte del padre	Padre: distante	Cambio de rol de novia a esposa	Fortaleza en los hijos	“Me decían que era una mari machorra”
Ruptura de relaciones familiares Desvalorización de tareas cotidianas	Pauta de crianza: discurso desprecio a sexualidad no reglamentada	Exclusividad/casamiento/sexualidad reglamentada	Rol materno/pérdida física por operación	“ Yo siempre fui macho”
Dolor/vivencia proceso de muerte de la madre	Carga monoparental (madre)	Matrimonio: salida de la casa (huída)	Subordinación del rol materno al paterno	
Prohibición de independencia (padres)	Sanción familiar por salida no reglada del hogar	Interpelación conyugal: discurso de desprecio	Crisis por independencia de los hijos	
Pensamiento de muerte (muerte de la hija)	Padre alcohólico	Respeto a exclusividad (una sola pareja sexual)	Carga monoparental	
Soledad Frustración		Prohibición de independencia económica	Estado de embarazo como ideal	
Aislamiento		Miedo a la pérdida del hombre		
Falta de palabras Propensión a la culpa		Necesidades personales en segundo plano		
Necesidad de agradar/rol de esposa/rol doméstico		Docilidad y servilismo en su rol de esposa		
Necesidades personales en segundo plano				

Fuente: Elaboración propia con base en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Diagrama 21. VINCULACIÓN CATEGORIAL



Fuente: Elaboración propia, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Análisis

Siguiendo con el análisis de los hallazgos expuestos en las diferentes tablas como en el diagrama helicoidal, el padecimiento depresivo tiene como ejes las categorías historia familiar, relación de pareja y maternidad, cada una de las cuales se constituye como un nivel de construcción del padecimiento depresivo del sujeto. La historia familiar, como el espacio microsocioal en el cual las pautas culturales se arraigan y reproducen (dependiendo de su rigidez) marca el pensamiento y las prácticas del sujeto, permitiéndole construir su realidad social dependiendo de aquello que quiera continuar y reproducir y aquello que no desee para su vida cotidiana. Sin embargo se observa que aun cuando el sujeto tiene el poder de decisión sobre la construcción de su realidad social, intervienen elementos arraigados social y culturalmente de difícil cuestionamiento.

La cultura, como determinación de los roles de género cristalizados en los estereotipos, se observa en la pauta de crianza del sujeto en cuanto a que familiarmente existía una sanción a la sexualidad no reglada (fuera del matrimonio) en el primer cuadro esto se refiere de la siguiente manera: “si te tocan ya eres una mujer sucia” o “nadie te iba a querer si sabían que alguien te había tocado”. Cómo es posible destacar ambas frases refieren una sanción familiar y social pero principalmente masculina debido a que el “ser tocada” puede interpretarse como la pérdida de ser “elegida” por un hombre, quedando la mujer en un lugar de objeto más que de sujeto frente al hombre, la mujer debe esperar ser elegida por el hombre, para el cual debe mantenerse intacta. Lo mencionado se relaciona con el denominado discurso del desprecio (relacionado a la sexualidad) y ubica al sujeto dentro del modelo de género tradicional propuesto por Velasco Arias (2009) donde la mujer debe al hombre exclusividad para llegar al matrimonio.

En relación a los roles de género delimitados por la cultura y reproducidos a nivel familiar, se destacan el rol de esposa y el materno. En cuanto a la relación de pareja, el rol de esposa es asumido desde pautas como: exclusividad, aislamiento y prohibición de la independencia económica. La exclusividad se observa en la interpelación crítica del *otro* (pareja) en cuanto a la cantidad de relaciones previas a él que rompen con la pauta de ser el “único hombre”, el extremo y la rigidez de la misma llega al punto de negarse la paternidad de la prole, lo que provoca en el sujeto angustia, tristeza y frustración.

El aislamiento y la prohibición de independencia económica provienen de un modelo familiar aprehendido y reforzado por la pareja, donde la mujer se ocupa de la prole y el hombre es quien trabaja para ser el sostén del hogar, centrándose la actividad de la mujer en la crianza, en las labores afectivas como también en el mantenimiento del hogar. Lo descrito se refleja por

ejemplo en la mención del sujeto de un ideal de familia compuesta por 8 hijos, como también en el empeño que refiere a la limpieza y cuidado del hogar manifestado en las siguientes frases: “es el deber de la mujer”, “la reina del hogar” o “para qué soy la dueña de casa si no es para mantenerla”. Las frases dan a conocer el lugar ocupado por la mujer como también el poder del discurso sobre las prácticas, tomando como punto de análisis las palabras deber, reina o dueña, con las cuales el sujeto puede identificarse.

Por otra parte se observa como la familia marca pautas en la visión del mundo y en la construcción de la vida cotidiana del sujeto, el tener un padre alcohólico, por ejemplo, guió la búsqueda de una pareja que no tuviera ese problema para no padecer lo que padeció su madre (según sus palabras) lo cual muestra una crítica y ruptura con la experiencia familiar precedente, además de una identificación con la figura de la madre. Sin embargo, al igual que el caso presentado anteriormente, el matrimonio no es visto de manera idealizada sino como alternativa socialmente aceptada para salir del hogar en búsqueda de la independencia frente al control parental. A pesar de considerar al matrimonio como alternativa aceptada, la salida del hogar planteada desde la huida con la pareja, es sancionada por la familia debido al quiebre de las pautas sociales y familiares que prescriben “salir bien de la casa”, es decir salir casada por civil y por iglesia, lo cual puede interpretarse como la búsqueda de reconocimiento social y religioso a la crianza familiar.

La construcción del padecimiento depresivo comienza con lo que podemos delimitar como maternidad inicial fallida (crisis del rol materno construido por muerte de la hija) que se suma a la sanción de su familia y continúa con la infidelidad de la pareja, momentos en los cuales los ideales construidos entran en crisis generando angustia, tristeza y frustración, aparte de que obligan al sujeto a redefinir su espacio social frente a la ausencia de sus interpeladores. Lo mencionado se ubica en la noción de las representaciones como un proceso marcado por la historia, dado que: en primera instancia el sujeto es negado por sus interpeladores originales, madre y padre, quienes la dan por muerta (por incumplimiento de pauta familiar), luego entra en depresión por la maternidad inicial fallida y la crisis en su rol de madre idealizado y posteriormente, con la infidelidad, entra en crisis su rol de esposa y ama de casa, para cerrar con la muerte de la interpeladora principal, su madre, por lo que sufre la crisis en su rol de hija. Con lo expresado se observa como los diferentes fenómenos o hechos de la vida del sujeto constituyen crisis en los roles y en la forma de comprender o darle explicación a la realidad social.

Si bien lo expuesto se centra en los roles, el padecimiento se construye en esta línea en torno a la pérdida de posibilidades en cuanto al poder de simbolización que otorga el cumplir con roles

marcados familiar y socialmente, el sujeto (entrevistada) simboliza a través de interacciones ideales, pero la falta de estas interacciones con sujetos que respondan al ideal de interpelador o la falta de otros referentes sociales que permitan nuevas reflexiones y aprendizajes, provoca una crisis en la capacidad de construir nuevos significados sociales. Lo expuesto se evidencia en el momento que el sujeto refiere el no dialogar con nadie sus problemas, en el no tener palabras para decir lo que acontecía o sentía, sumado a dos accidentes cerebro vasculares los que refiere como consecuencia de su nivel de angustia y que pueden interpretarse como manifestaciones físicas frente a la falta de palabras donde el cuerpo habla.

El no ser reconocida por su familia (quien la da por muerta), la negación de la paternidad de la progenie y la muerte de su hija, en cuanto a no poder cumplir con del ideal construido, sumado a la infidelidad, configuran espacios donde se pierde el Otro en el proceso de construcción de la representación, es decir, la entrevistada es negada como hija, negada como esposa y negada como madre. A diferencia de los casos anteriores no hay un Otro sancionador o con el poder de modificar pautas de conducta o de pensamiento, hay Otro que no posibilita los procesos necesarios para procesar cognitivamente lo que acontece, no logrando objetivar ni devolver al medio social lo acontecido en forma de prácticas o pensamiento crítico, referido esto al decir “no tenía palabras”.

La maternidad fallida provoca una severa crisis en el rol materno construido e idealizado por el sujeto, debido a que los sentimientos, creencias, emociones y prácticas, quedan sin poder ser canalizadas aun cuando luego del acontecimiento se logre tener hijos. La referencia principal realizada por el sujeto es “¿Por qué Dios no me permitió ser madre?”, “tengo otros hijos pero me falta mi hija”, ambas frases denotan la frustración frente a la perdida y la importancia del sexo de la progenie, manifestando la soledad en una familia conformada por hombres.

En otro orden, la infidelidad impacta los roles de esposa y ama de casa, cuya idealización entra en crisis la que se manifiesta en frases como “¿en qué le falle?”, “¿dónde fallé como mujer?”, “Hice todo para que hubiera una mujer que quisiera tener en la casa”, en las frases mencionadas se observa el ideal construido en torno al rol de esposa y como los contenidos del mismo para el sujeto son: la disponibilidad sexual (aun sin deseo) y el cumplimiento de las labores domésticas (comida preparada, casa limpia, ropa limpia entre otros) mencionados por el sujeto. Nuevamente se observa la docilidad y el servilismo central en el modelo de género tradicional presentado por Velazco Arias (2009) y cómo el mismo genera un espacio de vulnerabilidad para la salud mental de la mujer. La crisis genera la desubicación del sujeto en los roles que históri-

camente consideró como cumplidos, frente a los cuales esperaba una respuesta del otro según el ideal socialmente propuesto y esperado como propio del hombre, crisis que implica además el incumplimiento del pacto de exclusividad que se le exigió y exige a la mujer.

La infidelidad muestra elementos propios del modelo de género tradicional donde se observa el miedo a la pérdida del hombre y la propensión a la culpa, delimitada al ubicarse en haber sido ella quien falló en el cumplimiento de sus deberes, a partir de ese hecho el sujeto puede comenzar a criticar los roles cumplidos hasta el momento, considerando que de nada sirvió ser la mujer y esposa, según su criterio ideal, si de igual manera sería engañada. Se suma a esta crisis la muerte de los interpeladores principales (padre y madre) que lleva al sujeto a lo que él mismo denomina como soledad, como el no tener a nadie más, la vivencia se vincula a la pérdida del rol social de hija, conservando el rol de madre como elemento para la identidad social, socavado en la actualidad por la búsqueda de independencia de la progenie.

A lo presentado se suma una histerectomía, la cual es mencionada debido al significado que la misma adquiere para el sujeto, al respecto expresa el haber pasado el proceso en soledad, como también el pensar “me vaciaron sin darme nada a cambio”, la frase da cuenta de la sensación de vacío interno el cual simboliza la falta, no de la matriz, sino de lo que para ella significa la maternidad a nivel social, es la matriz y la capacidad para dar hijos lo que mantiene a la entrevistada en un espacio social seguro y desde el cual construyó su realidad social.

En cuanto al proceso de construcción de las representaciones sociales en torno al padecimiento depresivo se puede delimitar como la configuración de elementos históricos aunado a la negación de aquellos que otorgan o habilitan la identidad social de la entrevistada genera vacíos de significación. No existe el Otro que permita la interacción diferente a los estereotipos existentes y en el caso de existir éste la niega o no concuerda con el ideal construido por el sujeto. La construcción en el sujeto se da por medio del interjuego de roles en su mayoría idealizados, estereotipados y rígidos que al no ser cumplidos o logrados provocan un elevado nivel de angustia o malestar en la mujer, lo padecido es la pérdida, conjuntamente con aferrarse a interlocutores que le permitan la pertenencia social a un entorno cotidiano.

Según la línea presentada las representaciones sociales desde el trabajo social da cuenta de una visión completamente diferente a las presentadas con anterioridad, el peso se encuentra en un proceso de construcción histórico difícil de desandar por el sujeto, lo cual implica un desafío para la disciplina en cuanto se puede transformar en un interpelador legítimo para nuevas lecturas de la realidad social.

4.1.2.4 El padecimiento depresivo marcado por la interpelación conyugal.

El presente punto da cuenta de los hallazgos implicados bajo el título: el padecimiento depresivo marcado por la interpelación conyugal, dicha frase responde al poder del Otro (pareja) para delimitar las relaciones y la construcción que el sujeto realiza de su realidad social. Se retoma las representaciones sociales consideradas en relación al conocimiento del sentido común que permite al sujeto formar parte de la sociedad y delimitar su vida cotidiana, sin embargo los resultados dan cuenta del poder del Otro para marcar esos conocimientos y el poder del discurso en la construcción de las prácticas cotidianas. Si bien la impronta es marcada por la relación de pareja, la misma delimita aspectos en torno al rol materno constituyéndose ambas en elementos que constituyen el padecimiento depresivo. La entrevistada es la octava de 14 hermanos, su madre falleció hace cinco años aproximadamente y su padre hace nueve años. tiene dos hijos y una hija adultos jóvenes, vive su esposo y su hijo menor en una casa propia, trabaja de manera informal vendiendo productos manuales. Presenta primaria completa. Concorre a CISAME hace un cuatro años luego de la muerte de su madre, ha concurrido a diversas actividades grupales.

Categorías, códigos y discurso

Tabla 22. CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y DISCURSO

CATEGORÍA Y CÓDIGOS	TEXTO DE ENTREVISTA
DEPRESIÓN (Propensión a la culpa)	“Antes que falleciera mi mamá yo sufría muchos corajes, sufría muchos corajes, sufría muchas depresiones, lloraba, lloraba sola así, solo había veces que llegaba mi mamá y -¿hija que te pasa?- nada, y yo me acuerdo de eso porque era un coraje que sentía yo llegué con micho, con mucho... aquí con mucha culpa de las actitudes que tuve con mi mamá (...)”. (p.6)
(Rol de cuidadora)	“(…) comenzó hace cinco años atrás, falleció mi mamá y yo ya no supe como bien porque todavía cuidamos a un hermano, lo cuidamos a un hermano, mi hermanito discapacitado (...) a mi mamá le faltaba una semana para cumplir el año y murió, pero yo no sabía de mí en ese entonces, yo ya está muy mal, muy mal, muy, muy mal de los nervios, yo sentía era un miedo, era mucho miedo...miedo a la muerte, miedo a la muerte y miedo a todo (...)”.(p.5,6)
(Inhibición del enojo/reacción frente al mismo)	“(…) cuando se fueron ellos (nuevo incidente frente a su hija y esposo) fui y platicué con él y le dije amor por favor respétame, por favor respétame que te cuesta, no quiero que me digas así -¡pues así te voy a decir porque tú tienes la culpa!-, no quiero que me digas así quiero que me respetes y desde ese día ya no comulgué más en la iglesia (...)”. (p.2)
(Propensión a la culpa)	“(…) con mucha culpabilidad del comportamiento que tuve con mi mamá, porque yo... mi mamá sentadita a un lado y yo no le dirigía la palabra en todo el día porque si mi madre estaba depresiva... estaba más depresiva yo a como llegaba (...)”. (p.6)
HISTORIA FAMILIAR (Pauta de crianza)	“(…) él se salió de la casa (esposo), se salió de la cama, se fue a acostar ahí en otro cuarto pues yo le dije a él que pues yo había tenido una enseñanza de mis padres que con altas y bajas nunca se habían separado de la cama (...) mi padre y mi madre siempre durmieron juntos (...)”. (p.1)
(Alcoholismo e infidelidad de su padre)	“(…) vivíamos en esta casita de lata, en una casita de lata, así vivíamos pobrecitos, bien pobrecitos (...) pues ya no estudie porque era bien imposible una que no tenía familia aquí y otra que económicamente mi papá no podía darnos (...) mi papá tomaba mucho, mucho y era bailador y tenía muchas mujeres y se venía acá a Culiacán (...)”. (p.48)
(Crítica al mito)	“(…) está como cuando te casas, felices para siempre, también es mentira, es mentira, es una vil mentira entonces yo le digo a una niña de 15 años que no se case tan pronto (...)”. (p.54)

CATEGORÍA Y CÓDIGOS	TEXTO DE ENTREVISTA
RELACIÓN DE PAREJA (Humillación histórica)	“mi esposo siempre me ha gritado pues, siempre me ha gritado, dos o tres veces me ha empujado hasta ahí, un empujón y ya, pero de gritarme de humillarme así verbalmente siempre (...)”. (p.1)
(Interpelación conyugal negativa)	“(…) él dice...él me echa la culpa a mí, dice que yo soy, que yo soy la repugnante, la sangrona (...) pero son cosas que se van viendo (...) a mi hija le dije de aquí en adelante no van a ser las cosas igual (...) -¡uh de cuando acá (...) y ahora no van a ser las cosas igual! me quedé callada no le quise decir nada, y ella a veces me dice, me dice ¡uh ahora te das golpes de pecho! (...)”. (p.4)
(Desvalorización de tareas/humillación pública)	“ cuando vivía mi papá era igual cuando vivía mi papá igual él llegaba -¡mira vieja, como hiciste el pescado!- pues delante de ellos, yo le decía - amor, si quieres decirme algo no me lo digas delante...-¡yo te voy a decir lo que no me guste de ti, te lo voy a decir adelante del presidente, aunque esté el presidente!- y siempre me dice así, me ha dicho que delante del presidente así, peo él pues dice -¡yo no supe de cuando fregados cambiaste!-. (p.9)
(Infidelidad/alcoholismo de su pareja)	“(…) porque mi viejo me hizo cosas, me fue infiel, ya después él entro a un grupo de alcohólicos anónimos y él me dice que ya... que ya nunca me fue infiel (...)”. (p.13)
Maternidad (Infidelidad /alcoholismo)	“del varón salgo embarazada y ya tengo al niño y con problemas y con problemas dentro de la alegría pero con problemas, que no que ya no voy a tener otro niño que porque no más tú estás tomando (marido) y te vas, porque él se iba, mi viejo me era infiel pues, él me era infiel, él se iba a tomar (...)”. (p.28)
(Miedo/maltrato durante el embarazo)	“(…) duró 13 años (alcoholismo) cuando yo me embaracé le digo la verdad, sentí mucho miedo yo creo que desde entonces yo me afecté de los nervios, mucho miedo, andaba con papeles tapando los hoyitos de la casa (casa de capuchina) papeles para que de afuera no me vieran, porque era un terror, yo no era miedo era un terror, miedo, miedo así de quedarme, entonces yo estaba embarazada y le dije: amor no te vayas tengo mucho miedo y me dice -a poco, si me voy a ir, si me voy a ir, a poco que crees que porque estás panzona no me voy a ir - y se fue a tomar (...)”. (p.30)
(Violencia física a su hijo por frustración)	“(…) promesas miles de promesas a Dios (...) de que no le iba a pegar al niño y le volvía a pegar, toda mi frustración, todos mis corajes...hoy, hoy así lo puedo decir, así se lo puedo decir todas mis frustraciones y mis corajes y mis desdichas y mis desamores todo, todo iba y lo descargaba con él, con el niño fue con el que descargué más (...)”. (p.35)
(Dependencia afectiva)	“(…) se veía muy mal, en las madrugadas yo me lo encontraba tirado en el suelo, cuando yo estuve embarazada de mi hija (...) yo tenía mucho miedo de salir, lo miraba tirado, tirado, tirado yo me acuerdo que borracho en las piedras así y le decía amor, amor vente, amor por favor escúchame vente porque se salía, dice que se calcinaba que se estaba quemando por dentro (...) muchas veces embarazada yo lo quería levantar para llevarlo para adentro, porque aunque sintiera coraje yo lo amaba, me acuerdo embarazada de mi hija (...)” (p.35)
(Soledad/frustración)	(nacimiento de tercer hijo)“(…) cuando yo tuve a H. M. se quedó (marido) en una fiesta, y le dije, amor me llevas a la casa y me llevó a la casa y se volvió mire toda la noche y todo el día se la pasó con una hermana de la novia (...) toda la noche disfruté, toda la noche bailó con ella y otro día no conforme con eso se fueron a Altata (...) eso fue cuando yo tuve al niño (...)”. (p.38)
AUTOCONCEPTO /IMÁGENES	“(…) llegó el momento que me miraba la cara peor que una mártir de la depresión tan grande... yo no sabía que tenía depresión, yo no identificaba eso (...) me miraba enferma, me miraban enferma, me miraba delgadita, flaquita, yéndome, así delgadita (...)”. (p.7)
	“(…) como loquita me metía al baño y decía ay Dios hazme pajarito para yoirme de aquí, diosito hazme pajarito, ya no, ya no estaba en mi cinco sentidos (...)”. (p.39)
	“(…) entonces ahí estoy en la lucha, y ahí estoy lo hago por mí, dice el dicho que estando bien yo van a estar bien todos los que me rodean, pero yo sé que es mentira, lo he comprobado, yo antes tenía eso en mi mente de que era cierto, estando bien yo va a estar mi hijo y sabe que no, porque ellos tienen sus problemas (...)”.(p.53)

Fuente: Elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán Sinaloa

Categorías y códigos

En el siguiente cuadro se delimitan las principales categorías trabajadas en la investigación con la correspondiente codificación resultante.

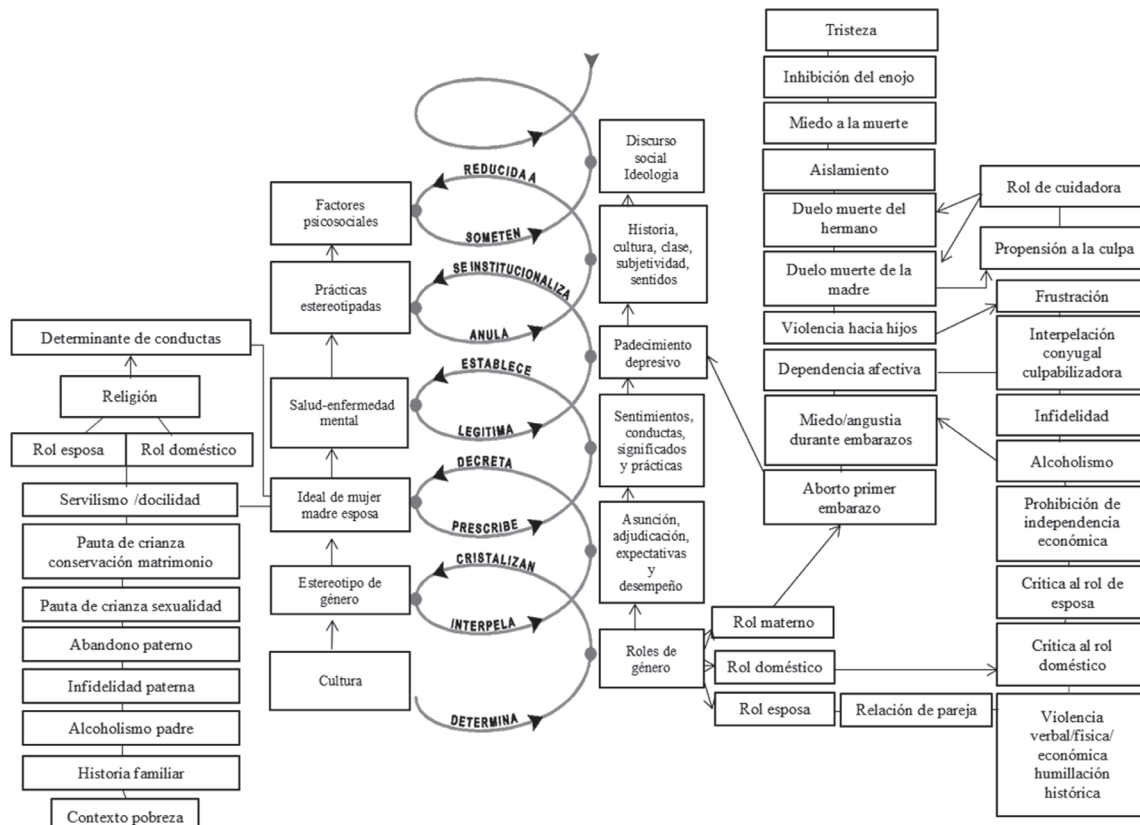
Tabla 23. CATEGORÍAS Y CÓDIGOS

DEPRESIÓN	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	MATERNIDAD	AUTO CONCEPTO/ IMÁGENES	RELIGIÓN
Inhibición del enojo	Pauta de crianza: no separación de camas	Violencia verbal y física/humillación histórica	Interpelación parental negativa	“Yo me sentía fea”	No comulgar como acto de no sumisión
Propensión a la culpa Tristeza	Internalización de pauta vinculada a la sexualidad	Maltrato por incumplimiento del rol ama de casa	Aborto del primer embarazo	“Era una mártir”	Discurso de docilidad ante dios
Dependencia afectiva	Alcoholismo del padre	Interpelación conyugal negativa	Embarazo/miedo/alcoholismos pareja	Crítica a la docilidad/sumisión (frente a esposo)	Búsqueda de perdón

DEPRESIÓN	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	MATERNIDAD	AUTO CONCEPTO/ IMÁGENES	RELIGIÓN
Abuso emocional	Infidelidad pater- na/abandono	Exigencia conyugal	Abandono/infidelidad durante el embarazo	Cambio de registro: in- dependencia económica	Contrato matrimo- nial continuidad religiosa
Duelo muerte de madre		Interpelación conyu- gal culpabilizadora	Segundo embarazo/ angustia (llanto)	Cambio de registro: necesidades propias en primer plano	Creencia religiosa marcadora de prác- ticas y discursos
Pensamiento de muerte		Prohibición de inde- pendencia económica	Violencia física hacia su hijo (descarga de frustración)	“Mira la cara, toda vieja, arrugada, seca, te estas muriendo” (esposo)	“Juntos hasta que la muerte nos separe”
Miedo a la muerte		Infidelidad (pareja)	Sobrecarga emocional y física/embarazos	“Tenía problemas de nervios”	
Rol de cuidadora- sobrecarga física y emocional		Alcoholismo (pareja)	Abandono durante el posparto	Crítica al rol de esposa	
Aislamiento		Violencia económica	Hijo menor ¿depre- sivo?	Crítica al mito del ma- trimonio tradicional	
Desvalorización de tareas tradicio- nales (esposo)		Crítica al rol de esposa	Maternidad: ciclo de la mujer sobre la tierra	Definición de la depre- sión por etapas	
Desvalorización		Inicio relaciones sexuales traumáticas	Hijos apoyo	Rol doméstico= diferen- te pensamiento	
Miedo (pareja)		Chantaje con infide- lidad		Cambio de registro: dolor- libertad.	

Fuente: Elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Diagrama 24. VINCULACIÓN CATEGORIAL



Fuente: Elaboración propia, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Análisis

El análisis realizado en función de las tablas y el diagrama refiere como categorías principales, vinculadas al padecimiento depresivo, la historia familiar, la relación de pareja y la maternidad. Al igual que las líneas ya construidas, las representaciones sociales se vinculan a la historia familiar y las creencias que reproducen y diseñan las prácticas de los sujetos, marcando de esta manera un repertorio inicial de conocimientos con los cuales el sujeto construye su realidad social. Los hallazgos encontrados en la historia familiar se vinculan a las adicciones, la infidelidad y el abandono de la figura paterna, complementado con la denominada carga monoparental sobrellevada por la madre del sujeto en estudio. Dentro de este contexto el contenido de las pautas de crianza y las creencias se enmarcan en líneas que son la base para la elección de pareja y con las cuales el sujeto construye sus ideales en torno al rol de esposa y al rol de madre.

Entre los contenidos se destacan: el de “ser elegida” por el hombre, es decir la mujer espera a un hombre que la elija como “su mujer”, el no serlo genera frustración en la misma, viéndose afectada su autopercepción. Lo expresado se manifiesta en frases como “yo me sentía fea” o lo opuesto frente al ser elegida “me sentía la mujer más feliz y bonita del mundo”, es decir la mujer al ser elegida se ubicada como objeto, adquiriendo seguridad en el espacio social en el cual se encuentra. En cuanto a la sexualidad la misma era un tabú a nivel familiar lo cual se manifiesta en las siguientes frases “cuando me casé no sabía nada de nada del sexo”, “pensé que eran solo besitos y abrazos”, “mis padres nunca me hablaron de eso”. El matrimonio a su vez es idealizado pautándose como comportamiento de la mujer el servilismo y la docilidad inherentes al rol de esposa y al rol doméstico, lo que fue asumido sin críticas por el sujeto siendo observado en las prácticas cotidianas del mismo.

El rol de esposa se evidencia en una crianza o contexto familiar donde a pesar de existir problemas a nivel de pareja (violencia, adicciones e infidelidad) el matrimonio no se disolvía, considerándose la elección de pareja como única e irrenunciable, la pauta se puede interpretar como la reproducción de un ideal de pareja, que a pesar de los problemas, se mantiene unida. Sin embargo se observa un lugar ocupado por la mujer al cual no puede renunciar, un rol asignado o un espacio social ocupado donde el cambio no es una alternativa. Como lo expresa Burín (2009) al hablar de los lugares ocupados por la mujer a lo largo de la historia, el sujeto no puede negarse al cumplimiento del rol asignado o rebelarse frente a lo que se espera socialmente de ella, porque el hacerlo conllevaría una sanción social.

Cabe destacar que el ideal de pareja construido por el sujeto dista de ser compartido por el cónyuge, provocando en el sujeto frustración frente al no cumplimiento de las expectativas creadas en torno al hombre. Lo expresado se indica en frases como “mis padres a pesar de todo nunca se separaron de cama”, “nunca oí pelear a mis padres”, estas oraciones denotan la imagen construida con la cual el sujeto delimita las pautas para su vida cotidiana, esperando lo mismo de su relación de pareja y generando angustia, frustración y tristeza el no logro del ideal articulado.

Siguiendo en el proceso de deconstrucción de las representaciones del padecimiento depresivo, si bien el mismo aparece como manifestación con la muerte de la progenitora del sujeto, el desandar histórico lo vincula con otras categorías como lo son la relación de pareja y la maternidad. Constituyéndose la pareja en el principal interpelador del sujeto, las características que priman en el discurso del Otro poseen un contenido violento (humillación, desprecio), acompañándose de iguales acciones a nivel físico y económico. La pauta que marca los roles principales del sujeto (rol de esposa y rol de madre) son criticados severamente por la interpelación conyugal lo que genera un estado de angustia permanente en el sujeto.

Conjuntamente con los aspectos mencionados existe una prohibición de la independencia económica y el aislamiento pero ejecutados a través del menosprecio y la minusvalía en la cual es ubicado el sujeto por parte de interpelador principal. A diferencia de las entrevistadas anteriores, la relación de pareja proviene de una elección idealizada del sujeto y principalmente de la relación, sin embargo la idealización comienza a resquebrajarse por el alcoholismo y las infidelidades de la pareja. En este caso las construcciones realizadas en base a un ideal de pareja nunca llegan a cumplirse lo cual comienza a configurar el padecimiento depresivo en sus primeras manifestaciones. Los valores y creencias que actúan como ejes del pensamiento y accionar del sujeto son: el matrimonio ante todo, la creencia de que el otro puede cambiar en función de las actitudes propias y el peso de la religión como discurso legitimador del pensamiento y la acción.

El rol materno ingresa en la dinámica de construcción del padecimiento depresivo desde un primer aborto espontáneo, sucedido por un embarazo vivido con angustia, tristeza y abandono debido al alcoholismo y las infidelidades de la pareja. Lo mencionado marca un punto de inflexión en el sujeto debido a que se produce el quiebre del ideal construido comenzando un proceso de crítica que es apagado por amenazas y violencia verbal. Puede observarse el poder del discurso del Otro sobre el sujeto, llegando al punto de marcar su pensamiento y sus acciones,

creando condiciones para una alta dependencia afectiva, económica y sexual del mismo. En cuanto a los procesos de reflexión y crítica que permiten la construcción de la representación, estos se ven sofocados por un discurso que marca una única lectura de la realidad social, el otro es el único mediador y su discurso limita la construcción de nuevos significados por parte del sujeto, quedando en un lugar de objeto.

Otro de las manifestaciones que aparece en el proceso, es el sentimiento de culpa frente al ejercicio de la violencia del sujeto a su progenie, la cual es interpretada por el mismo sujeto como una manera de “descarga” de la angustia y frustración por la situación marital. La lectura posible de hacer retomando el modelo tradicional de género es la relación entre la dependencia afectiva, el ideal construido, el aislamiento social y un poder discursivo que afecta la salud mental de la mujer, buscando por medio de la violencia la forma de expresión de aquello que no puede simbolizarse a través de la palabra.

Con base a lo expuesto la vida cotidiana del sujeto es vivida como una realidad incuestionable porque se construye en base a lo conocido y a la experiencia familiar original, no siendo cuestionadas por otro que permitiera una lectura crítica de la misma, así como la creación de nuevos significados sociales a la experiencia vivida. Un ejemplo de lo expuesto es: la elección de pareja como única e irrenunciable, la sexualidad exclusiva, la maternidad como deber o necesidad del hombre, no son temas cuestionados por la mujer, porque las creencias y el ideal recaen de una forma tal que no da espacios ni lugar a las críticas, las cuales son apagadas por la fuerza del ideal tramitado por medio del poder del discurso conyugal.

La búsqueda del Otro , plantado por Moscovici (1976) en el marco de la triada para la configuración de las representaciones, lleva al sujeto a recurrir a la religión como espacio o institución que defina o que otorgue un lugar social, pero es este espacio el que desde la legitimidad del discurso basado en la creencia, conserva y fortalece el estereotipo en torno al matrimonio con un discurso que fortalece la dependencia y la sumisión de la mujer frente al hombre. La construcción del padecimiento deviene de un conjunto de diferentes líneas que refuerzan los estereotipos de género en el marco de un modelo tradicional, la historia familiar, las pautas de crianza, la interpelación conyugal y las creencias religiosas, cierran las posibilidades de interacciones sociales que incentiven la crítica a la vida cotidiana.

En el caso del sujeto estudiado se delimita un mundo simbólico rico en cuanto a imágenes y significados, la imagen que la representa a ella o con la cual ella se identifica es con la de una “mártir”, es posible delimitar como la figura se vincula a lo religioso desde el sufrimiento pero

es lo que le permite a la entrevistada anclar su pensamiento y cerrarlo en una imagen que le permite sintetizar su vivencia. Otra de los aspectos simbólicos posibles de destacar fue el hecho de significar el acto de no comulgar como un “acto de no sumisión” lo que marca momentos de crítica a lo estipulado y esperado, pero que marca la crítica no solo a no seguir siendo sumisa frente a la religión sino en relación a su rol de esposa y madre reforzado a nivel institucional. El acto de no sumisión puede considerarse como un momento en el cual el sujeto se rebela frente a lo socialmente esperado por el discurso, logrando a través de la conducta significar un cambio en su práctica social cotidiana.

El proceso de construcción del padecimiento depresivo se construye, como se delimitó, por diversas etapas que fueron configurando las maneras en que el sujeto construyó y construye su vida cotidiana. Es el conjunto de creencias y su contenido, la experiencia social, la relación de pareja y la maternidad las que configuran un camino para enfermar diferencial en cada uno de los sujetos, las vivencias y las formas de ver la realidad delimitan el tipo de interacciones, pero a su vez el contacto con otros grupos sujetos permite ampliar la capacidad de simbolización, como del poder colocarle palabras a los hechos, realizando una interpretación de los mismos donde cobran un sentido diferente a lo vivido.

La disciplina se encuentra frente al desafío de las representaciones sociales construidas con base en un esquema de creencias de difícil movilidad para el sujeto, frente a las cuales no puede actuar cuestionándolas abiertamente sino comprendiendo el sentido que para su vida cotidiana representan. Se abre el espacio para el necesario trabajo interdisciplinario que permita conjugar diferentes visiones para un abordaje integral.

4.1.2.5 Padecimiento depresivo y la crisis del rol materno.

En la presente construcción del padecimiento depresivo se observa la crisis actual en diferentes roles ejercidos por el sujeto en estudio, viéndose la reactualización de problemas pasados unido a los presentes y la conjugación de diferentes planos que llevan a la complejidad de la construcción. Predominan en esta línea la crisis del rol materno y las relaciones de pareja. La entrevistada la menor de cinco hermanos, su madre falleció cuando tenía 13 años. Tiene dos hijos adolescentes, vive su esposo e hijos en una casa propia, no trabaja de manera formal. Presenta preparatoria completa. Concorre a CISAME hace un año luego de un problema con sus hijos.

Categorías, códigos y discurso

Tabla 25. CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y DISCURSO

CATEGORÍA Y CÓDIGOS	TEXTO DE ENTREVISTA
DEPRESIÓN (Crisis rol materno)	“me dolió mucho lo que me dijo mi hijo, tuve un pleito con él y me dijo que no le hacía falta y eso me tumbó, sí y me tumbó y como acababa de pelear con una pareja, terminar con una pareja pues, y luego me reprochó también lo mismo y caí en depresión (...)”. (p.1)
(Aislamiento)	“no tenía ganas de hacer nada, ni de levantarme de la cama ni de arreglarme, nada hacía, no hacía nada... yo a fuerza dormía todo el día, no me levantaba para nada, el papá de mis hijos me decía -levántate para que coas o sea me encerré en mi misma y ya no quise salir a ningún lado, no salía a fiestas, no me pintaba, no me arreglaba (...)”. (p.1)
(Autolesiones)	“todas las marcas que tengo son de puras... de las cicatrices que yo me hacía y volví a caer otro vez en lo mismo, otra causa también es que el viernes palie con el niño de 14 años y yo me hice esto con... por eso no tengo uñas, me corté las uñas por lo mismo”. (p.14)
(Duelo por muerte)	“(...) el 18 de abril murió el niño y a mí me dolió yo digo desde entonces entré en depresión (...)”. (p.33) (muerte de un ahijado)
HISTORIA FAMILIAR (Abuso sexual)	“todos se alegraron (familia) menos mi cuñado, porque él cuando llegaba borracho se subía arriba mío (...) yo digo que por eso no se alegró cuando salí embarazada de mi hijo, él siempre decía cuando se subía que llegaba borracho se metía al cuarto de nosotros porque yo viví... después que falleció mi mamá (13 años)”. (p9)
(Violencia fraternal)	“yo empiezo a trabajar desde antes de que mi má estuviera enferma, me iba con la maestra a hacerle el aseo a su casa, y después de que fallece mi amá mi hermana me trata mal, me acuerdo cuando cumplí 16 años (...) cuando me mandó a trabajar ahí a un restaurante de noche... según yo no quiero que me duela pero de todos modos me duele (llanto)”. (p.9)
	“cada uno (hermanos) tiene papá diferente, aunque tres son de uno y el resto de diferentes”. (p.24) (su madre tuvo tres parejas estables y con cada uno de ellos tuvo hijos, en total son seis hijos, incluida la entrevistada, quien en realidad desconoce quién fue su verdadero padre).
(Adicción al juego)	“nunca tuvo tiempo para uno (madre) todo el tiempo en su maldito vicio, el de la baraja, gracias a ella nos quedamos sin casa, anduvimos de arrimadas, que le hicieran mala cara y todo la gente y hasta ahora son cosas que yo no sabía (...)”. (p.41)
RELACIÓN DE PAREJA (Violencia física)	“yo me fui a vivir con él duramos 8 meses viviendo, mi hijo (mayor) vivía con nosotros, él (pareja) fue muy malo, porque él me pegaba y no... le valía si había gente o no había gente ahí a él le daba igual, la última vez que me pegó fue con un... y nadie se dio cuenta y ya desde ahí me lo fui sacando, lo fui sacando y ahora que ya le digo no quiero saber nada con él (...)”. (p.3,4) (2° pareja)
(Violencia económica y sexual)	“ yo recibía dinero, ni de él (marido) por parte de otra persona, él duró como tres años sin darme ni un peso, es que desde que el niño nació C, yo dije que jamás me iba a acostar otra vez con él como me trató (...) no me golpeaba sino que la última vez que tuvimos relaciones fue sin mi consentimiento y yo le dije que jamás iba a dormir en la cama otra vez con él y desde entonces no tenemos relaciones ni nada (...)”. (p7) (papá de sus hijos)
(Violencia sexual)	“(…) ya quiero dejarlo definitivamente, de todas maneras como ya, como le digo él no va a cambiar para nada, sigue siendo el mismo hombre machista (...) el 14 de febrero estábamos solos en casa de su hermana y le dije que no quería tener relaciones y me tomó a la fuerza y me lastimó, me lastimó y ya por eso no quise estar con él (...)”. (p.19) (2° pareja)
(Aislamiento)	“con él pasé muchas cosas feas con él, el maltrato que le dio a mis hijos y luego yo no podía salir a ningún lado porque le estaba poniendo el cuerno, de puta no me bajaba (...)”. (p.45)
MATERNIDAD	“no sabía que estaba embarazada, deseaba tener un hijo porque ya había tenido otras parejas y no podía tener hijo, me llevé a que me revisaran y me dijeron que no podría tener hijo y a mí eso me hizo mal, yo no podía agarrar niños chiquitos (...) llanto, estar llorando, no lo podía agarrar porque temblaba a causa de que me habían dicho que no podía tener hijos (...)”. (p.7,8)
(Crisis de rol materno/ ideal de hijo)	“(…) pero yo soy ahora, yo soy la que le pone el cuerno a él y no me siento orgullosa, pero la necesidad hace que uno haga las cosas también, a mí con la persona que estoy (ni su esposo, ni sus parejas) que me ayuda económicamente me da asco, me da mucho asco y mi hijo lo sabe, no me gusta que me toque, pero porque me da a diario dinero y me da 100 pesos diarios y con esos cien ando viendo que comprarle a mis hijos y eso es lo que ellos no ven (...)”. (p.38)
(Crisis del rol materno)	“(…) yo no recibo nada a cambio de ellos (hijos), no le hace, pero también si ellos no me dan que no me quiten”. (p.38)
(Carga monoparental/ideal hijo)	“lloré, lloré me solté, me dio mucho sentimiento porque como yo le digo a yo a él (hijos), yo no merezco lo que él me dijo porque para bien o para mal puta o no puta, los he sacado adelante yo sola, no he necesitado ni de tú papá, ni de mis hermanos para nada (...)”. (p. 36)
(Carga monoparental)	“(…) tú sabes que tu papá nunca ha estado con ustedes, enséñame una foto donde te estés graduando en el kínder que estemos los cuatro juntos, o en la primera comunión (...) nunca han tenido un padre, ahora ya se te olvidó lo que nos hizo para navidad (...) ni una pinche tortilla dura teníamos para comer le dije y él tomando a gusto (...) que no tengamos que comer siendo navidad y es cuando me pegó (metafóricamente) y lloramos los dos (...)”. (p.37)
AUTOCONCEPTO / CREENCIAS	“(…) me habían dicho que era mari machorra que no iba a poder tener hijos, lesbiana (...) mi hermana me dijo (...)”. (p.50)

Fuente: elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán Sinaloa.

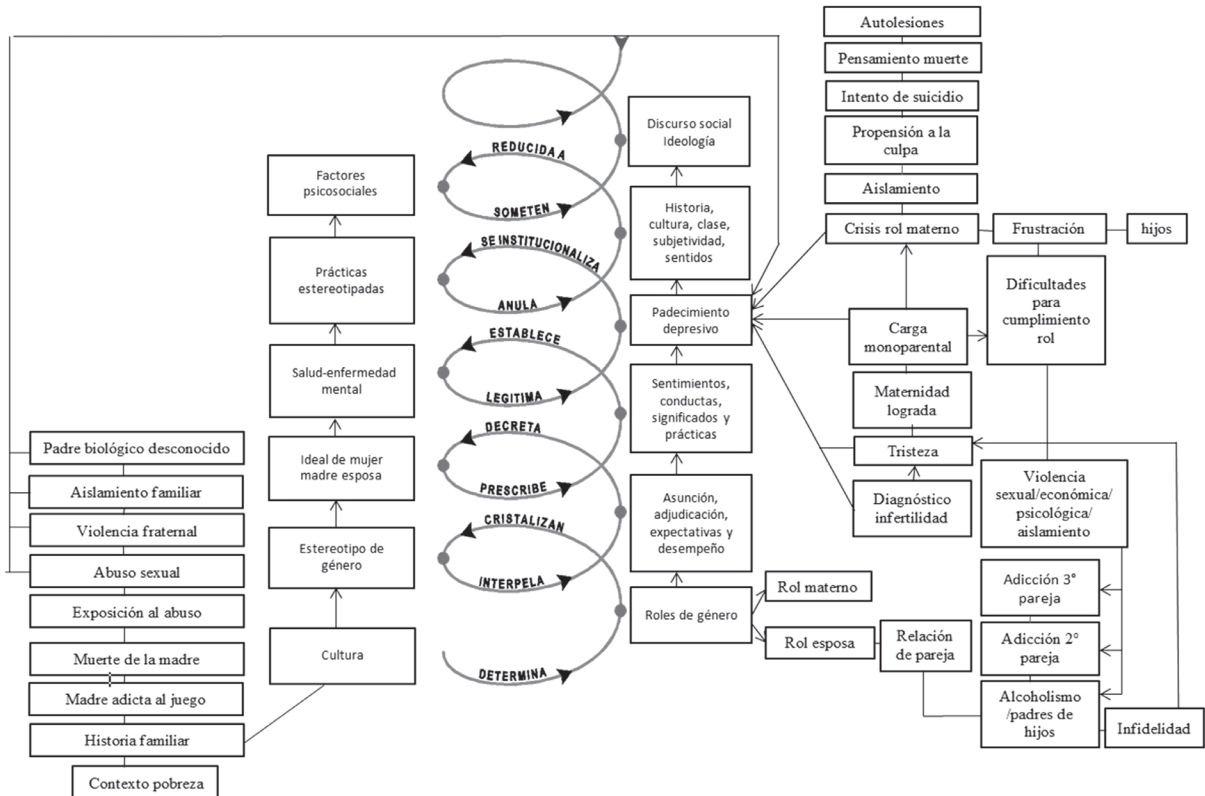
Categorías y códigos

Tabla 26. CATEGORÍAS Y CÓDIGOS

DEPRESIÓN	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN DE PAREJA	MATERNIDAD	AUTO CONCEPTO/IMÁGENES
Crisis rol materno (cuestionado por hijos)	Muerte madre	Conflictividad (pareja pasada)	Crisis rol materno (cuestionado por hijos)	Cambio de registro frente a la violencia sexual
Aislamiento	Abuso sexual adolescencia	Violencia física/sexual/económica	Infertilidad diagnosticada (tristeza)	Independencia económica suspendida
Dependencia afectiva	Violencia fraternal	Aislamiento	Crisis de rol materno	Necesidades propias en 2° plano
Tristeza	Hermanos de padres diferentes	Malos tratos	Carga monoparental	“ Eres una mártir machorra, lesbiana” (infertilidad)
Autolesiones	Conflicto con la madre (desconocimiento de su origen)	Asignación de culpa (medio social)	Ejercicio de la prostitución para sostén de hijos	
Aislamiento pensamiento de muerte	Aislamiento familiar	Alcoholismo (padre de sus hijos)		
Propensión a la culpa		Adicto en recuperación		
Dificultades para el cumplimiento de rol m.		Dependencia económica		
Duelo por muerte ahijado				
Sobrecarga emocional				
Intento de suicidio (3)				
Frustración (rol de hijos)				
Exposición a situación de abuso				

Fuente: elaboración propia basada en entrevista en profundidad CISAME, 2015. Culiacán Sinaloa

Diagrama 27. VINCULACIÓN CATEGORIAL



Fuente: elaboración propia, 2015. Culiacán, Sinaloa.

Análisis

La construcción del padecimiento depresivo parte de tres vertientes marcadas por diferentes problemáticas: las relaciones familiares, la relación de pareja y la relación con los hijos, a diferencia de los hallazgos presentados, existe un predominio de las tres líneas expuestas configurando un complejo entramado de relaciones donde una línea no puede comprenderse sin entender las otras, y donde el pasado se conjuga con el presente. En cuanto a la historia familiar las creencias no tienen un peso tal como en los sujetos anteriores, sino más bien las prácticas de quienes actúan como interpeladores u Otros frente al sujeto, es decir, aparece en primera instancia la conducta como por ejemplo el aislamiento o la violencia fraternal, no denotándose un ideal familiar marcado. Sin embargo, sí es posible encontrar el matrimonio y la maternidad como mandatos del contexto fraternal seguidos por el sujeto.

El rol de esposa con base en la exclusividad es asumido por el sujeto cambiando en el momento que se produce la infidelidad de su pareja y a partir de las relaciones sexuales sin consentimiento a las cuales fue sometida, lo que produce un quiebre en la percepción del rol de esposa dejando de lado la exclusividad del matrimonio, pero manteniendo las labores domésticas como parte del contrato de pareja. Según lo expuesto el sujeto construye su realidad social desde un lugar donde decide sobre su sexualidad, pero sin dejar de lado el espacio social que le brinda el matrimonio y el cumplimiento del cuidado a su esposo.

En cuanto a la maternidad, aparece una maternidad no lograda por un diagnóstico de la infertilidad, por lo cual es interpelada por su familia como “machorra” o “lesbiana”, menciona al respecto “no podía ver niños porque lloraba”. Puede observarse como la familia posiciona al sujeto juzgándolo desde el no ser madre, lo cual significa que al nivel familiar la maternidad es dadora de identidad a la mujer, en el momento de ser nombrada con los adjetivos mencionados se la niega en el cumplimiento de su rol social. Luego de ser madre se encuentra con la denominada carga monoparental, responsabilizándose por comida, alimentación, salud y vestimenta de sus hijos, siendo su segundo hijo producto de relaciones sexuales sin consentimiento (violación) por parte de su pareja, sumado al aislamiento familiar y la violencia física y verbal a los cuales era sometida.

Según lo expuesto, el sujeto se encuentra subordinado a situaciones donde no existe un Otro que le permita diversas formas de interacción, sino que a través de la violencia ejerce un poder que somete al sujeto aislándolo del medio social y familiar propio. La angustia, la incapacidad para hablar y el llanto dan muestra de las dificultades del sujeto para confrontar su realidad cotidiana. Frente a ello es el espacio laboral lo que le permite encontrar sitios diferentes

de interpelación donde adquiere reconocimiento social cambiando prácticas principalmente en las relaciones de pareja. Más allá del cambio regresa a un patrón de elección (hombres adictos) lo cual da cuenta de la repetición de patrones de comportamiento del sujeto.

La tercera línea marcada es la crisis del rol materno y los síntomas depresivos que deviene de la respuesta de sus hijos frente a la búsqueda de independencia. El sujeto se define como la madre “que hace todo por sus hijos”, pero se denota una relación ambivalente con los mismos, entre el pensar en ella como individuo y en sus necesidades y en pensar en sus hijos, ambivalencia que genera angustia y tristeza, provocando sentimiento de culpa frente al tener pensamientos y comportamientos que no coinciden con el ideal de madre socialmente aceptado. La crisis deviene porque su contraparte, su progenie, no responde a las expectativas creadas en torno a ellos, apareciendo de esta manera un ideal de hijo no cumplido.

El proceso de construcción de las representaciones sociales del padecimiento se encuentra complejizado debido a que las crisis no provienen de una línea o rol social del sujeto, sino que es el conjunto puntos conflictivos generados por interpeladores que como mediadores a la interacción social responden con violencia. La familia, la pareja y los hijos ejercen la violencia verbal y económica principalmente, limitando al sujeto en su capacidad para encontrar espacios que le permitan la construcción de nuevos significados sociales y un lugar como sujeto social.

La vida cotidiana del sujeto se construye en función del lugar que ocupa en las diferentes esferas de su vida, de esta manera, quienes se encuentren en cada uno de ellas son interlocutores, al igual que las entrevistadas anteriores, otorgándole un lugar dentro de los espacios de los cuales forma parte, en la esfera de su rol de madre la negación como tal en su rol de dadora configura una crisis para la entrevistada, en su rol de esposa el hecho de ser violentada sexual, económica y psicológicamente también. Esta complejidad se constituye en un desafío para la intervención profesional debido al interjuego de elementos que afectan la salud mental del sujeto implicando nuevamente la necesidad de un trabajo de interdisciplinario.

4.1.3 TERCERA ETAPA

4.1.3.1 Representaciones sociales.

La construcción de las representaciones sociales se realizó en primera instancia desde la singularidad del sujeto, a modo de relacionarla con la historia de vida de cada una de las entrevistadas.

De esta manera las categorías cobran importancia desde la construcción singular, por otra parte existen categorías que delimitan las representaciones sociales del grupo, en vistas de que son las que aparecen como puntos en común entre los diferentes sujetos en estudio.

El sistema de referencia está conformado por múltiples categorías y el contenido de las mismas, las que brindan parámetros que le dan sentido a las experiencias cotidianas de las mujeres entrevistadas, el contenido de la historia familiar, la relación de pareja y la maternidad, delimitan los aspectos singulares del padecimiento depresivo al ser diferenciales en cada una de ellas, será diferente la forma de vinculación de los mismos. Por otra parte, existen contenidos comunes en las categorías que lleva a reacciones similares entre los sujetos, por lo que hay elementos de la representación singulares y propios a la historia de vida de cada una de las entrevistadas y otras que constituyen en contenido común para los sujetos analizados.

Por lo expuesto los sujetos interpretan y le dan sentido a su comportamiento y prácticas desde los esquemas históricos, culturales y socialmente construidos, la realidad cotidiana es vivida como tal porque se construye desde la singularidad, pero a su vez se vincula con lo social porque es la interacción social quien contribuye a la construcción y delimitación de la realidad particular. Lo expuesto da cuenta de un devenir dialéctico entre lo singular y lo social, estando interrelacionados a modo de que resulta imposible su comprensión de manera aislada.

Vinculado con los aportes de Jodelet (1986) representante de la Escuela Tradicional de representaciones sociales, los contenidos manifiestos en torno a las categorías propuestas dan cuenta del pensamiento social considerando los contenidos comunes encontrados en las categorías, tanto delimitadas desde el marco teórico como las emergentes del proceso deductivo de análisis; mientras que los contenidos singulares de cada una de las entrevistadas, muestra como estos forman parte del pensamiento social de una época determinada, marcando a su vez las prácticas cotidianas y la construcción del conocimiento particular de cada mujer.

El pensamiento social se observa en el lugar ocupado por la mujer, el cual deviene de la historia de sus progenitores y de las pautas culturales transmitidas de manera particular a sus hijas ya sea por exceso o por defecto. Los pautas comunes entre las mujeres entrevistadas son: el haber sido educadas en un espacio social donde la mujer se caracteriza por su docilidad, siendo servil tanto con el hombre, como con su progenie, estableciéndose un espacio central en el ámbito doméstico y siendo tolerante frente a la violencia (física, verbal, económica y sexual) ejercida por el hombre. Lo expuesto se encuadra en la propuesta de Velazco Arias (2009) con el modelo tradicional de género, estableciéndose un encuadre para la configuración del padecimiento depre-

sivo, el cual se ajusta a una historia donde prima la transformación de la mujer de sujeto a objeto, siendo sojuzgada a través del poder del discurso que decreta el comportamiento esperado y el ideal a ser logrado por la mujer para formar parte o ser aceptada en su entorno familiar y social.

Otra parte propia del pensamiento social, es el lugar ocupado por el matrimonio y la exclusividad que implica el mismo para las entrevistadas, es decir la exigencia de exclusividad para ellas mientras han padecido la infidelidad de sus parejas, lo cual ha tenido como consecuencia la crisis en el rol de esposa idealizado, imagen construida familiar, social y culturalmente. La imagen idealizada se construye sobre lo que podría denominarse como la antítesis del pasado familiar que las antecede, las mujeres manifiestan que sus madres padecieron la infidelidad de sus padres, pero siempre procuraron la conservación del matrimonio sobre todo, frente a ello, manifiestan la búsqueda de pareja siguiendo aspectos opuestos a sus padres, sin embargo la pauta se repite con ellas.

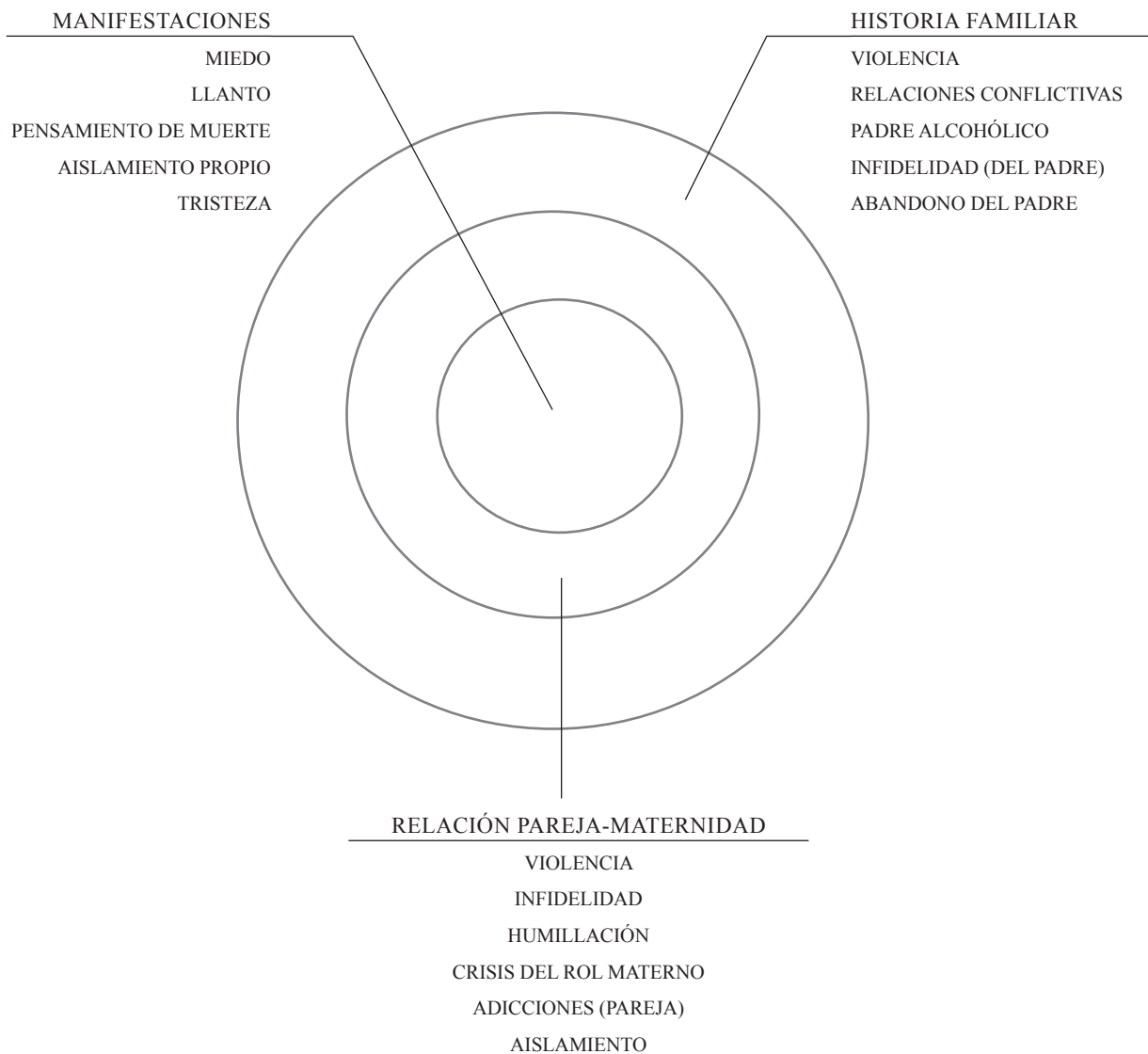
En relación a como los elementos se vinculan con la maternidad es donde pueden encontrarse puntos convergentes y divergentes, mientras algunas entrevistadas construyen su rol en función de la pauta materna (repetición) otras por el contrario, buscan una clara diferenciación del tipo de crianza, lo cual trae conflictos colocando en crisis el rol materno en cuanto a la construcción de un ideal (inalcanzable) basado en todo lo opuesto a sus madres, unido a una pauta social retomada como ejes rectores de una buena madre, interviniendo en esta construcción con una impronta no visualizada previamente en la investigación, el espacio dado por las parejas de las entrevistadas a la maternidad de las mismas.

La construcción del padecimiento depresivo en las mujeres madres puede por lo tanto delimitarse en diferentes niveles que conforman una espiral que va desde el contenido de la historia familiar a la relación de pareja y la maternidad, cerrando en manifestaciones como el miedo, la tristeza, la frustración, el pensamiento de muerte entre otros. Las relaciones de poder se observan en la forma en que los discursos e imágenes se mantienen y reproducen a través del tiempo, conjuntamente con la acentuación en prácticas o modelos de comportamiento que giran en torno a frases que actúan a través de significados inapelables.

En cuanto a la historia familiar se observa como común denominador de los sujetos entrevistados, la violencia (en sus diferentes formas), el alcoholismo, infidelidad y abandono del padre, la construcción de un ideal de mujer ceñida por el servilismo y la docilidad frente a la pareja y la progenie, la carga monoparental de la progenitora de las entrevistadas aunado a una idealización de la misma. En un segundo nivel de construcción se ubica las relaciones de pareja y la maternidad, devenidas del modelo familiar opuesto al mismo, donde sin embargo se repite

la infidelidad por parte de sus parejas, violencia (en sus diferentes formas), adicciones y una interpelación conyugal que contribuye al aislamiento social y a las dificultades del sujeto para la búsqueda de nuevos espacios de construcción de significados, el poder del discurso conyugal se asienta en discursos familiares que otorgan un lugar particular a la mujer, en un espacio igualmente asignado por las relaciones de poder, lugar que solo puede ser criticado si el sujeto tiene interacciones con otros espacios sociales, que le permitan abrir y criticar las relaciones de poder naturalizadas y asumidas desde la infancia.

Diagrama 28. REPRESENTACIONES SOCIALES



Fuente: Elaboración propia 2015 .Culiacán, Sinaloa.

Dentro del segundo nivel se ubica la maternidad la cual tendrá tres vertientes: la relación con sus progenitores y el modelo de madre construido en torno a la progenitora del sujeto, el espacio social otorgado por la pareja de las entrevistadas y el ideal social construido y a la vez reproducido por la familia; el sujeto puede seguir o no con el modelo materno de referencia. c. El último nivel se encuentra las manifestaciones del padecimiento pensamiento de muerte, tristeza, llanto, sentimiento de culpa que significan la no palabra del sujeto, o la incapacidad para poder comprender y construir su realidad social.

El padecimiento depresivo por lo tanto se construye en una permanente configuración de fuerzas o relaciones diferenciales de poder el cual se evidencia en las mujeres entrevistadas, presentándose puntos en común de sus historias de vida así como puntos divergentes observando ambos tipos en las entrevistas llevadas a cabo. El padecimiento depresivo más allá de su manifestación sistemática procede de una construcción de contenidos categoriales vinculados a múltiples representaciones que conforman la vida cotidiana de las entrevistadas, ya que forman parte de la realidad social que viven y reproducen. Las manifestaciones como el sentimiento de culpa, la tristeza, el llanto poseen un sentido o se encuentran dotados de un significado particular para cada una de ellas pero también es producto de aspectos macrosociales de los cuales proceden, al decir de Ibáñez (1988) el lugar en la estructura social, en el espacio social delimita las representaciones y el conocimiento del sentido común que hará posible la interacción con el medio y las posibilidades de hacer asequible lo desconocido, reproduciendo a su vez el contenido modificado en la singularidad para un nuevo intercambio en el entorno social.

Según lo expuesto la investigación da como hallazgo la complejidad del estudio del proceso de construcción de las representaciones sociales en torno al padecimiento depresivo siendo las diferentes categorías propuestas interdependientes entre si y predominando una sobre la otra dependiendo de las diferentes experiencias de los sujetos. La posibilidad del abordaje del problema a través de la historia de vida permitió desandar el proceso de construcción particular y a la vez conjunta de los sujetos en estudio, permitiendo una visión integral y abarcativas de las representaciones sociales que se construyen y que dan sentido a la realidad social de los sujetos.

Si bien la historia de vida de los sujetos se encuentra compuesta por hechos inmodificables, es necesario desde las diferentes disciplinas y desde el trabajo social una re significación del pasado en función de la experiencia cotidiana y de intercambios que modifiquen el conocimiento del sentido común de las entrevistadas a modo de producir cambios en el repertorio de interpretaciones de los hechos pasados y presentes.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El trabajo comenzó con una propuesta de pensar el trabajo social fuera de las prerrogativas marcadas por el funcionalismo a través del cual opera la disciplina en su ejercicio cotidiano donde el sujeto es pasivo frente a la intervención, para proponer una visión desde el paradigma comprensivo que acerque la disciplina al decir del sujeto y a la construcción de su problemática. Se utilizó como medio para lograr tal fin los aportes de las representaciones sociales adecuados en función de su utilidad para el trabajo social dentro del espacio particular de la salud mental, centrándose en el padecimiento depresivo de las mujeres madres lo cual incluyó una visión desde el género, considerado como indispensable para el abordaje del tema.

La elección del tema y delimitación del problema fueron realizados desde la experiencia profesional previa y desde una inserción temprana en el campo de estudio, lo que dio lugar a un proceso de análisis dinámico y de permanente aprendizaje centrado en la construcción de la problematización desde el espacio de interacción de los sujetos, aunado a los aportes teóricos de diferentes autores que permitieron un acercamiento desde la salud, el género y las representaciones sociales. Cada etapa o fase de la investigación se constituyó en un acercamiento paulatino a la problemática y a los sujetos en estudio, posibilitando la comprensión del espacio, la historia, el lenguaje y el mundo de significados desconocidos pero necesarios de ser analizados.

La diagramación del problema y sus objetivos fueron construidos desde la impronta marcada por los sujetos con los cuales se interactuó, comenzando con la depresión, siguiendo por la delimitación de la edad y la maternidad como elementos recurrentes que aparecían durante los diferentes procesos grupales analizados, delimitando el estudio de las representaciones sociales como una forma pertinente para abordar el estudio. Por lo mencionado la estructura helicoidal de la problematización delimitó por partes y niveles del marco referencial, centrándose en la idea de conceptualizaciones generales e intermedias que habilitaron la visión de lo particular en el plano de lo empírico, retomando aquellos aportes que abrían espacio a nuevas lecturas y análisis del fenómeno en estudio.

El contenido desarrollado en el marco referencial fue fundamental para la comprensión progresiva del fenómeno en estudio, las diferentes categorías desarrolladas, salud, género y representaciones sociales de manera interrelacionadas, brindaron una escucha diferencial de las entrevistadas, estableciéndose en una guía necesaria para la estructura metodológica y para el análisis de los hallazgos obtenidos.

La metodología se centró desde un comienzo en el enfoque cualitativo, considerando como base el método microetnográfico constituyendo una de aproximación necesaria para acceder a la historia de vida de las mujeres que presentan un padecimiento depresivo, ambos métodos se plantearon en función de las características particulares que presenta el campo de la salud mental en cuanto al cuidado, respeto y ética con la cual se debe abordar. La entrevista se constituye en la técnica por excelencia en este campo, al igual que la observación, ambas efectuadas desde un posicionamiento profesional asentado en lo teórico que permitió adquirir una visión amplia de la vida cotidiana y de la historia de las mujeres madres que formaron parte del trabajo.

Los hallazgos presentados refieren la complejidad en la construcción de las representaciones sociales del padecimiento depresivo, así como la apertura a categorías vinculantes al mundo de significados construidos por el sujeto. La investigación abre un espacio a múltiples lecturas y análisis plurales con trasfondos similares, en los análisis se observa la construcción singular realizada por los sujetos como respuesta a pautas que devienen de espacios micro y macro sociales, al decir de Ibáñez (1988), el lugar ocupado en la estructura social a lo que se agrega la cultura y un sentido social donde la mujer ocupa un lugar determinado. Este espacio ocupado es cruzado por la inhibición del enojo, el servir y atender a los demás, como también la docilidad para enfrentar situaciones de la vida cotidiana, el lugar ocupado por el hombre es prioritario, en cuanto se observa centrado en ser atendido por la mujer tratándola a su vez como un objeto a su servicio.

El padecimiento se construye históricamente y socialmente, no es posible pensarlo como una patología individual, sino como resonante o manifestación de una forma de reproducción social que ubica a la mujer en espacios de vulnerabilidad, no siendo un sujeto que puede decidir sino considerada como un objeto anclado a las decisiones, pensamientos y discursos de otros; se pierde la autonomía debido a que se es en función de lo que el Otro diga que se es socialmente, dependiendo así de la ubicación otorgada por las relaciones de poder que la surcan. Las historia familiar, la relación de pareja y la maternidad se constituyen en pilares significativos para el sujeto, no pudiéndose analizar por separado o a modo de factores, sino que deben ser vistos en un conjunto interrelacionado donde el contenido de uno se vincula a los significados del otro, lo que marca las prácticas cotidianas dándole sentido a las mismas.

La historia familiar está marcada por relaciones conflictivas y por patrones que se han repetido de madres a hijas, pudiendo en ocasiones romper con ellos y en otros no. Mientras que la relación de pareja marca la salida del hogar bajo la norma de exclusividad y aislamiento,

los cuales serán respetados por las mujeres estudiadas rompiéndose, en ocasiones, con la infidelidad. Tanto la maternidad como las relaciones de pareja se encuentran enmarcadas en una idealización, que por su rigidez, determinan el accionar del sujeto sin posibilidades de repensar las mismas, entrando en un círculo de “es así, porque así debe ser”. Estos ideales rigidizados se constituyen en inalcanzables para el sujeto generando angustia y frustración el no logro de los mismos. Aparece el cuestionamiento sobre la buena y la mala madre como pares dicotómicos y la ambigüedad de las relaciones, lo que genera sentimiento de culpa y tristeza frente a pensar aquello que socialmente no es aceptado para la mujer, el ideal social de la buena madre, dadora, comprensiva, servicial y contenedora, resultan desgastantes y abrumantes para la mujer que lo tiene como guía de su conducta, considerando que ubicadas en el lugar de objeto no existe la posible crítica del sujeto a lo familiar y socialmente delimitado, quedando supeditado hasta su pensamiento a reglas dogmáticas.

En cuanto a la vinculación de los resultados expuestos con los objetivos y el supuesto establecido, se puede concluir que se logró comprender cómo las mujeres madres construyen el padecimiento depresivo vinculado intimamente al género, dentro del cual cobran relevancia la historia familiar, la relación de pareja y la maternidad vinculado a los diferentes roles y los ideales heredados y construidos como también la vulnerabilidad en la cual se encuentran las mujeres debido al espacio social ocupado por las mismas. Los objetivos tanto general como específico se alcanzan a partir del contenido de las creencias, valores y prácticas manifestadas por las mujeres durante la entrevista en profundidad, es así que la historia de vida permitió a las mujeres estructurar su historia personal encuadrándose en pautas sociales, culturales e históricas, logrando de esta manera enlazar su historia singular con lo social.

Si bien cada una de las entrevistas marca relaciones y un predominio diferente de las categorías establecidas y emergentes en estudio, los puntos en común de los recorridos históricos particulares dan cuenta que las acciones no solo se deben centrar en quienes padecen depresión actualmente, sino que permite establecer líneas de prevención y promoción vinculadas a la salud mental de las mujeres, interviniendo e investigando el proceso de construcción de las representaciones desde sus etapas iniciales a fin de evitar una agudización del proceso desde lo singular y lo grupal.

La propuesta se enmarca en un accionar donde no es posible la intervención del trabajo social en soledad, por el contrario, es necesario e indispensable el accionar multidisciplinario, con miras en una intervención centrado en la interdisciplina, como línea hacia la transdisciplina lo que implica una sólida formación teórica y práctica de los/las profesionales. El hacer visibles

las diferentes categorías estudiadas permiten el abordaje integral de la problemática que manifiesta el sujeto. Desde distintas posturas y miradas disciplinares el padecimiento cobra un sentido diferencial, siendo importante para la disciplina conocer sus límites disciplinares como que otros profesionales conozcan el accionar profesional del trabajador social más allá de las tareas que históricamente ha realizado, adquiriendo así relevancia en los espacios institucionales.

Lo expuesto constituye un desafío para la disciplina que estudia e interviene en el campo del trabajo social en salud mental. Retomando lo propuesto en las primeras líneas, alejarse del paradigma funcionalista implica dejar una zona de confort donde el profesional decide la intervención, para pasar a un espacio donde debe construir la intervención en función de la escucha activa del sujeto, diferente de la escucha donde los dichos del sujeto se encuadran en esquemas de análisis cerrados para dar cuenta de una intervención ya pautada. El cambio a una escucha activa por parte del trabajo social, implica la revalorización del discurso del sujeto y la unión del mismo con estrategias de intervención orientadas al acompañamiento y guía de los cambios que el sujeto se encuentre en condiciones de realizar. Para ello quienes ejercen la disciplina deben implicarse en la comprensión de los contenidos sociales que constituyen su vida cotidiana.

Como lo menciona Karsz (2007) no se trata de tomar a cargo la problemática del sujeto en este caso el padecimiento depresivo, sino tomarlo en cuenta y acompañar el proceso significativo y significativo del mismo. La intervención desde este posicionamiento implica hacer menos por el otro, implica dejar que el otro habilite una intervención hasta donde sea menester para el sujeto. Comprender el mundo de significados culturales, sociales e históricos ubica al profesional en una intervención altamente diversificada, cercana al acompañamiento social y a un espacio de relación profesional diferente en cuanto se considera como parte y acompañante del proceso de cambio del otro, mas no como actor principal del cambio. A través de estas nociones el profesional se aleja de una intervención impuesta centrada en el poder que da el conocimiento para lograr, que en este caso las mujeres, asuman la interpretación, la crítica y el cambio de sus prácticas desde el propio análisis de las mismas en relación a su contexto social próximo.

El trabajo social desde el plano de la intervención mencionada abre el espacio al estudio de la singularidad de los sujetos, a sus vivencia cotidianas y al mundo de significados posibles de ser comprendidos y analizados por la disciplina. Cada una de las entrevistadas plantea la necesidad de una intervención diferencial, aun cuando el diagnóstico y las estadísticas las incluya dentro de un trastorno del estado del ánimo, la intervención desde lo singular se debe enmarcar en lo particular de cada sujeto, en su historia y en la forma en que construye su

realidad social. Sin embargo, el estudio retomando los aportes de las representaciones sociales, permite ver donde se conjugan los elementos particulares en pautas comunes, o hechos que pueden trabajarse a nivel grupal debido a que atañen o tienen consecuencias similares en los sujetos, los cuales deben llevarse al plano de las políticas para la formalización de espacios saludables para las mujeres o la atención debida de problemáticas familiares que delimitaran el aumento de la depresión.

El plano de la intervención profesional debe tener como ejes principales la formación teórica que permita abrir las perspectivas de análisis de la realidad social y la cultura, estudiando como la misma impacta en los sujetos con los cuales trabajan la disciplina. El reconocimiento del proceso de construcción del padecimiento depresivo, no solo muestra el camino recorrido por cada sujeto para llegar a la institución, sino que implica el re-vinculación del sujeto con su historia, presente y futuro social, porque se encuentra vinculado a múltiples interacciones. La investigación planteada desde las representaciones estudiadas por medio de la historia de vida, contribuyó a que los sujetos revisaran y re-interpretaran su pasado, analizando el presente y proyectando el futuro, solo el acto de escuchar contribuyó a un proceso de interacción donde ambas partes entrevistados e investigadora aprendieran la múltiples formas de reconstruir la historia social.

La investigación se constituyó en una instancia de aprendizaje disciplinar y personal; disciplinar porque contribuyó a dotar una mirada diferente al accionar profesional desde la salud mental en su vinculación con el género, dejando de lado las nociones de factores determinantes en salud para pasar a elementos que demarcan la salud mental de los sujetos. Personal porque se transformó en un recorrido de aprendizajes de un mundo de significados propios, y cómo estos interfieren en la interpretación del significado que otorgan los demás a su vida cotidiana, implicando el entrar al mundo construido por el Otro para comprender cómo los sujetos construyen su realidad social y cómo desde esa comprensión en la relación de los contenidos, debe plantearse la intervención. A lo expuesto se suma el compromiso ético de un ejercicio profesional basado en el respeto y en la distancia necesaria de las propias creencias en relación a las creencias y prácticas de los sujetos a los cuales se acompaña.

La propuesta siguiendo con lo mencionado anteriormente, se centra en una intervención profesional que implique un espacio establecido para el trabajo social, donde sea considerado el estudio y análisis de su intervención profesional situada desde un paradigma reconocido. Ubicado a partir de un diálogo con los sujetos, como sería el caso de las mujeres madres, donde la búsqueda se incline hacia la escucha activa del mismo, estableciendo una pauta de intervención

secuencial dependiente de la historia singular de cada uno, pero centrado en el espacio social que permitirá comprender el pensamiento y prácticas de los sujetos con los cuales trabaja.

Por otra parte la investigación implica la irrupción del trabajo profesional en la construcción, sistematización y análisis de instancias grupales que como tal abra el espacio al diálogo y la identificación de los sujetos con las problemáticas que los atañen, centrándose en los conocimientos del sentido común, en las trayectorias y en las formas en que los mismos construyen su realidad social. Lo expuesto implica alejarse de las acciones unidireccionales profesional-sujeto para pasar a prácticas de tipo bidireccional, profesional-sujeto, sujeto-profesional donde exista la revalorización del discurso y del mundo de significados del otro.

En el plano propuesto es indispensable continuar con investigaciones desde el trabajo social que permitan abrir perspectivas desde paradigmas diferentes a los ya conocidos, el camino trazado marca el cambio de los determinantes de género en salud a delimitarlos para el trabajo social como condicionantes de género en salud mental, basados en la capacidad de los sujetos para trabajar su propia historia social analizando el poder de la cultura en sus prácticas y la necesidad de crítica a las mismas.

Las representaciones sociales se consideran como una manera de acercarse a la forma en que los sujetos construyen su realidad social, siendo por lo tanto el profesional quien debe recuperar esas construcciones cotidianas trasladándolas desde un espacio donde son naturales a uno en el cual se pueda hacer crítica y cambio de las mismas. Estudiar las mujeres madres en relación a como construyen el padecimiento, implicó acercarse al contenido implícito y naturalizado de aquellos elementos que lo conforman, donde el solo hecho de hablar permitió que la rigidez de ciertos mandatos comenzaran a flexibilizarse. Por lo tanto la intervención centrada en la escucha más que en la acción inmediata, interroga al profesional no solo en cuanto a su formación sino a su ética, obligándolo a ser consciente de la misma, sin perder de vista que la resolución de los problemas no se encuentra en el accionar profesional, sino en la capacidad que tenga el profesional de acompañar, guiar y alentar los procesos de cambio de los sujetos.

Por lo mencionado la investigación en su conjunto se considera como una visión integral, dinámica y social del padecimiento depresivo de las mujeres madres, desde su sentir, pensar y actuar, siendo la investigadora una mediadora e intérprete de aquellas voces calladas, escuchar al otro es permitirle reconstruir su mundo de significados, es darle un espacio social en el cual puedan colocarle palabras a la historia, los roles y los ideales que las dejan sin habla, como indica una entrevistada: “hablar permite alejar los fantasmas que me atormentan día con día”.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Goyou Jurgenson, Juan Luis. (2013). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador
- Amico, Lucía del Carmen (2004). *Desmanicomialización: “hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental”*. En Revista Margen N° 35. Primavera.
- Araya Umaña, Sandra (2002) *Las representaciones sociales: ejes para su discusión teórica*. Costa Rica: FLACSO
- Ayala Barrón Juan Carlos, Napoleón Conde Gaxiola (coord.) (2009) *La Hermenéutica analógica. Diálogos con Mauricio Beuchot*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Banchs, María A. (2000) *Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de la representaciones sociales*. Social Representation Vol. 9. Venezuela: Escuela de Psicología.
- Badinter, Elizabeth (1991) *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós
- Barberá, Ester. Isabel Martínez Benlloch (2004). *Psicología y género*. Editorial: Gém
- Basaglia, Franco. Marie Langer. Et. Al. (2006) *Razón, locura y sociedad*. 15° edición. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Bastide, Roger (2005). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI editores.
- Bardin, Laurence (2002) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal
- Becerra, Rosa (1977). *El trabajo social psiquiátrico*. Buenos Aires: ECRO
- Berger I. Peter y Thomas Luckmann.(1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bermudez, Marlen (1982) *El análisis de contenido procedimientos y aplicaciones*. Revista Ciencias Sociales N° 24. p 71-80. Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Disponible en: <http://revistacienciassociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/24/bermudez.pdf>
- Blázquez Graf, Norma. Fátima, Flores Palacios y Maribel Ríos Everardo (2010) *Investigación feminista. Epistemología metodología y representaciones sociales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Borsotti, Carlos A. (2009) *Temas de metodología de investigación en ciencias sociales empíricas*. Buenos Aires: Miño Dávila.

- Bonilla Castro, Elssy (1997) *Más allá del dilema de los métodos; la investigación en ciencias sociales*. Uniandes
- Botero Gómez, Patricia (2008) *Representaciones y ciencias sociales. Una perspectiva epistemológica y metodológica*. Buenos Aires: Espacio
- Burín, Mabel. (2002) *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Librerías de Mujeres.
- Burín, Mabel, Irene Meller. (2006) *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la Construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burín, Mabel, Esther Moncarz y Susana Velázquez (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burín, Mabel. Emilce Dio Bleichmar (compiladoras) (1996) *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burgos Ortiz, Nilsa (2011) *Investigación cualitativa. Miradas desde el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Cháneton, July (2007). *Género, poder y discursos sociales*. Buenos Aires: Eudeba
- Carballeda Alfredo Juan Manuel (2012) *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós
- Carballeda Alfredo Juan Manuel. (2013) *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*. Buenos Aires: Espacio.
- Lara Cantú María Asunción (1993) *Masculinidad, feminidad y salud mental. Aspectos no deseables de los roles de género y vulnerabilidad*. N° 1 Nueva Época enero-junio. México: Universidad Veracruzana
- Castro, Roberto. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Castro Bonilla, Penélope Rodríguez Sehk (2013) *La investigación en ciencias sociales. Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Editorial Norma.
- Cháneton, July (2007). *Género, poder y discursos sociales*. Buenos Aires: Eudeba
- Chodorow, Nancy. (1984) *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa.
- Cochrane, Raymond. (1991). *La creación social de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Coffey Amanda, Paul Atkinson (2003)) *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Colombia: Universidad de Antioquía.

- Conway Jill (1996) *El concepto de género*. En Marta Lamas (compiladora) *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa Universitario de Estudios de Género- Porrúa.
- Custo, Esther. (2008) *Salud mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Delgado, Juan Manuel. Juan Gutiérrez. (1999) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- De Souza Minayo, María Cecilia (org.) (2009) Suely Ferreira Deslandes y Remeu Gómez. *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Souza Minayo, María Cecilia (1997) *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- De Souza Minayo, María Cecilia (2009)) *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Desatnik Miechimsky, Ofelia (2005) Depresión, familia y contexto. En Lilia Esther Vargas Islas, *Lecturas de la depresión*. México: Universidad Autónoma Metropolitana
- Diaz, Esther (1995) *La filosofía de Michel Foucault*. Buenos Aires: Biblos
- Enaudeau, Corinne (1999). *La paradoja de la representación*. Buenos Aires: Paidós.
- Evangelista Martínez, Elí. (2001) *Aproximaciones al trabajo social contemporáneo*. México: Red de Instituciones y Estudios Avanzados en Trabajo Social, A.C.
- Evangelista Martínez, Elí. (2001) *Historia del trabajo social en México*. México: Plaza y Valdez Editores
- Ey, Henri. P. Bernard- Ch.Brisset. *Tratado de psiquiatría*. 8° Edición. Barcelona: Masson. (1987)
- Fernández, Ana María. (2007) *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Flores Palacios (2001) *Psicología social y género. El sexo como objeto de representación social*. México: Mc Graw Hill
- Foucault, Michel. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Foucault, Michel. (1966). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

- Foucault, Michel. (2001). *La hermenéutica del sujeto*. Curso en el College de France (1981-1982). México: Fondo de Cultura Económica
- Flick, U (2012) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: ediciones Morata
- Geertz Clifford (1988) *Interpretación de las culturas*. Madrid: Gedisa.
- Giner, Salvador (2011) *Teoría sociológica moderna*. Barcelona: Ariel
- Gomez Sotelo, Ángela, María E. Gutiérrez-Malaver, Romina IzzedinBouquet, Lilián M. Sánchez-Martínez, Nelson E. Herrera-Medina y Magnolia Ballesteros-Cabrera (2012) *Representaciones sociales del embarazo Representaciones sociales del embarazoy la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá*. Rev. salud pública. 14 (2): 189-199. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Vigilancia en Salud Pública. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n2/v14n2a01.pdf>
- González Forteza, Catalina. Fernando A. Wagner Echeagaray. (Et. Al) *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico*. Salud Mental Vol. 35 N° 1 México ene. /feb. 2012
- González González, Norma. (Coord.) (2010) *Nuevas enfermedades mentales y salud pública. De la fundamentación teórica ala contingencia de la vida cotidiana*. México: Porrúa.
- Gonelet, Alicia, Carmen Lera (et.al) (2005) *La profesión de trabajo social ¿cosa de mujeres? Estudio sobre el campo profesional desde la perspectiva de los trabajadores sociales*. Buenos Aires: Espacio
- Goerg Danielle, Werner Fischer (et. Al.) (2004) *Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos*. Euro. J Psychiat. Vol.18, N°4.
- Guinsberg Blanck, Enrique. (2009) *Introducción a las nociones de “salud” y “enfermedad mental”*. En *El sujeto y el campo de la salud mental*. Paz Zarza, Alma Leticia (coord.) México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Healy. K (2001). *Trabajo social: perspectivas contemporáneas*. Madrid: ediciones Morata
- Have Paul Ten (2004) *Cuestiones Metodológicas en el análisis conversacional*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Ibáñez, Jesús (1994). *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*. Madrid: Siglo XXI
- Ibáñez, Tomás (1988) Representaciones sociales, teoría y métodos En Tomás Ibáñez (coordinador) *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai

- Islas, Jorge (2012) (coord.) Sartori, Giovanni. *Cómo hacer ciencia política*. México: Taurus Pensamiento.
- Jodelet Denise (1986) La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici *Psicología Social II*. Buenos Aires: Paidós.
- Karsz, Saúl (2007) *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. (2009) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM
- Lamas, Marta. (Comp.) (2013). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa Universitario de Estudios de Género.
- Laurell, Asa Cristina (1981). *La salud-enfermedad como proceso social*. México: UAM
- Lazarevich Irina, Fernando Mora-Carrasco (2008) *Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo*. Segunda época / Año 1 / número 4/ julio. México: S/D
- López Marcelino, Francisco Javier Saavedra, Margarita Laviana y Andrés López (2012) *Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla*. En *Psychology, Society, & Education* 2012, Vol.4, Nº 2, pp. ISSN 2171-2085 (151a 168) España: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental FAISEN, Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.psyse.org/articulos/MarcelinoLopez.pdf>
- Matus Sepúlveda, Teresa (2001) Desafíos de trabajo social en los 90. En Margarita Quezada Benegas, Teresa Matus Sepúlveda, Nelda Rodríguez Soto (et. alt) *Perspectivas metodológicas en trabajo social*. Buenos Aires: Espacio
- Mallimaci, Fortunato, Verónica Giménez Béleveau (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En Irene Vasilachis de Gialdino *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Matud María Pilar (2006) “*Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión*”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, núm. 1, enero, 2006, pp. 7-21 España: Asociación Española de Psicología Conductual
- Mendicoa, Gloria E. (2003). *Sobre tesis y tesisistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Mendizabal, Nora (2006) Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En

- Irene Vasilachis de Gialdino *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Moncó, Beatriz (2010) Madres solteras por elección: representaciones sociales y modelos de legitimación : entre el engaño y la solidaridad. AIBR Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp. 256-299. Madrid: Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62319343005>.
- Molina Cristina (2004) Madre inmaculada, virgen dolorosa. Modelos e imágenes de la madre en la tradición católica. En De la Concha Ángeles y Raque Osborne. *Las mujeres y los niños primero. Discursos sobre la maternidad*. Barcelona: Icaria
- Montes Pacheco, Luz Carmen (2009) Representaciones sociales de la nueva estructura curricular en Ciencias e Ingenierías de docentes de la Universidad Iberoamericana Puebla. Tesis doctoral, Doctorado Interinstitucional en Educación. Puebla, México: UIA Puebla. Disponible en: <http://rei.iteso.mx/handle/11117/1175?show=full>
- Mora, Siley (1992) *Magia y secretos de la mujer mapuche. Sexualidad y sabiduría ancestral*. Chile: Editorial Kushé
- Morán Carrillo, José María (2006). *Epistemología, ciencia y paradigma en trabajo social*. Sevilla: Aconcagua.
- Moscovici, Serge (1986) *Psicología social II*. Barcelona: Paidós
- Ordorika Sacristán, Teresa (2009) *Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres*. México: PUEJ
- Organización Mundial de la Salud (2013) concepto de salud mental. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Pacheco Amigo, Beatriz Mabel. (2013) *Género, modelos y reproducción del maternaje*. México: Taberna Librería
- Padilla Loredó, Silvia. María Luisa Quintero Soto y Elisa Bertha Velázquez Rodríguez (2012) *Género y Salud. Visiones multireferenciales*. México: Miguel Ángel Porrúa
- Payá, Víctor A. Marco A. Jiménez. (Coord) et.al. *Institución familia y enfermedad mental. Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico*. México: UNAM. Facultad de estudios Superiores Acatlán.
- Paz Zarza, Alma Leticia (coordinadora) (2009). *El sujeto y el campo de la salud mental*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Puleo, Alicia H (2004) Perfiles filosóficos de la maternidad. En De la Concha Ángeles y Raque

- Osborne. *Las mujeres y los niños primero. Discursos sobre la maternidad*. Barcelona: Icaria
- Ramírez Ruiz Liliana, Martínez Martínez Oscar Alfonso. Factores asociados a la depresión en las grandes urbes, El caso del Distrito Federal en México. *Revista Gerencia y políticas de salud*. ISSN 1657-7027. Vol. 10 N° 20
- Rodríguez Nogueira, Yahaira (s/d) *La hermenéutica aplicada a la interpretación del texto. El uso de la técnica del análisis de contenido*. Venezuela: Universidad de Carabobo Facultad de Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a2n20/2-20-8>.
- Rojas, Roxana Graciela (2009) *Género y enfermedad mental*. Revista *Margen*. N° 54. Buenos Aires: Margen.
- Ruiz Olabuenaga, José I. (2002) *Cómo elaborar un proyecto de investigación social*. Cuadernos monográficos del ICE. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz Olabuénaga, José. I (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Saenz Buenaventura, Carmen (1988) *Sobre mujer y salud mental*. Vol 9 Cuadernos Inacabados. España: Lasal
- Sautu Ruth, Paula Boniolo, Pablo Dalle y Rodolfo Elbert (2010). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de metodología*. Buenos Aires: CLACSO. Prometeo
- Scott Joan (1996) El género una categoría útil para el análisis histórico. En Marta Lamas *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa Universitario de Estudios de Género- Porrúa.
- Sánchez, Vanessa, Idaly Barreto (et. Alt) (2007) “*Representaciones sociales de un grupo de estudiantes universitarios frente a un acto terrorista en Bogotá*”. *Revista. Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 3, núm. 2, julio-diciembre, 2007, pp. 287-299. Bogotá: Universidad Santo Tomás
- Stolkiner Alicia (1988) “*Prácticas en salud mental*”. *Revista y Educación*; VI (1):31-61. Buenos Aires.
- Szasz, Ivonne. Susana, Lerner (1996) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México
- Tajer, Débora. Comp. (2012) *Género y salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Tarrés, María Luisa (2008) (coord.). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Porrúa.
- Tubert, Silvia (1996) *Figuras de la madre*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia e Instituto de la Mujer.
- Tuñón, Julia (compiladora) (2008). *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*. México: El Colegio de México
- Vargas Isla, Lilia Esther. (2005) *Lecturas de la depresión*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Velazco Arias, Sara (2009) *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Valles, Miguel (1997) *Técnicas Cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis
- Vasilachis de Gialdino, Irene (2007) *Estrategias de investigación cualitativas*. Buenos Aires: Gedisa
- Vergara Quintero, María del Carmen (2007) Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Revista. *Hacia la promoción de la salud* : vol. 12, enero-diciembre, 2007, pp. 41-50 Bogotá: Universidad de Caldas. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>
- Voz Pro Salud Mental (2010) *Depresión*. Disponible en: <http://www.vozprosaludmental.org.mx/index.php>
- Wagner, Wolfgang. Nicky Hayes (2011). *El discurso de lo cotidiano y el sentido común. La teoría de las representaciones sociales*. México: Antropos.
- Yuni, José. Claudio Urbano. (2006) *Técnicas para investigar. 1- recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Argentina: Brujas Editorial.
- Yuni, José. Claudio Urbano. (2006) *Técnicas para investigar. 2- recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Argentina: Brujas Editorial.
- Yuni, José. Claudio Urbano. (2006) *Técnicas para investigar. 3- análisis de datos y redacción científica*. Argentina: Brujas Editor
- Salud 180 Locura y revolución una relación estrecha. Disponible en: <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/locura-y-revolucion-una-relacion-estrecha>.

ANEXOS

ANEXO 1

GUIÓN DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

PRIMERA PROPUESTA DE GUIÓN DE ENTREVISTA

Características socio-demográficas o de encuadre biográfico

- 1- Edad
- 2- Estado civil
- 3- Lugar de residencia
- 4- Actividades situación económica
- 5- Estudios
- 6- Salud
- 7- Familia (genograma)

I. Los estereotipos de género: dimensión temporal pasada y presente

1. Actividades y lugar de la mujer en el pasado y en la actualidad

- Descripción de un día de su madre y de un día suyo

2. Actividades y lugar del hombre en el pasado y en la actualidad

- Descripción de un día de su padre y un día de su marido

3. Discursos que dan cuenta del lugar de la mujer

- Poder de la palabra de la mujer y el hombre dentro y fuera del hogar.
- Creencias en torno al ser mujer y hombre pasados y en la actualidad.
- Delimitación de aquello permitido y no permitido para las mujeres

II. Construcción del ideal madre

1. Significados de la maternidad

- Pautas marcadas por la sociedad, la cultura, la familia y medios de comunicación
- Descripción del significados particulares de la maternidad.

2. Prácticas y discursos en torno a la maternidad

- Principales prácticas vinculadas a la maternidad a nivel social y a las realizadas a nivel particular. (Vivencia)
- Descripción de los discursos que circulan en torno a la maternidad a nivel social y los propios. (Vivencia)
- Descripción de su maternidad, sentimientos, prácticas, miedos, expectativas (vivencia)
- Delimitación de lo permitido y no permitido para las mujeres madres

III. La depresión en la mujer madre.

1. Descripción de la depresión de manera general

- Comienzo y motivos de la depresión
- La depresión desde la vivencia cotidiana (como es un día en una persona con depresión)
- Historia de la depresión de manera particular (descripción de recaídas y abandonos de tratamiento)
- Atención del padecimiento depresivo (vivencia al concurrir a la atención, reacciones familiares pasadas y presentes).

2- Relación entre la depresión y la maternidad

- Vinculación entre la depresión y las actividades cotidianas
- Expectativas de hijos y de pareja en torno al padecimiento depresivo (comprensión del padecimiento)
- Sentimientos, prácticas y vivencia de la depresión en relación a la maternidad (si es mencionada por las entrevistadas)
- Delimitación y descripción de lo permitido y no permitido para las mujeres madres con depresión.

IV situación actual

- Vivencia actual en torno a la depresión.

SEGUNDA PROPUESTA DE GUIÓN

La segunda propuesta se basa en los principales tópicos de la primera pero desarrolla cada uno de ellos en preguntas, a modo de que puedan utilizarse de guía para el investigador. La finalidad de la misma es tener en vista preguntas que puedan utilizarse para dar dirección a las temáticas de las entrevistas realizadas. Por lo mencionado si bien se encuentran con un orden lógico, no presentan en la realidad tal orden debido a que es un instrumento didáctico flexible y sujeto a modificaciones según los análisis progresivos de las entrevista.

Segunda propuesta de guión de entrevista

Significados del padecimiento depresivo

1. Reconstrucción histórica del padecimiento depresivo

Objetivo: conocer la historia de la enfermedad para dar cuenta del comienzo de su construcción como padecimiento.

- ¿Recuerda si algún familiar tuvo depresión? ¿cómo se lo trabaja o que se pensaba del padecimiento?
- ¿Recuerda cuándo comenzó su depresión?
- ¿Hubo algún hecho que marcara el inicio, la reaparición o acentuación del padecimiento?
- ¿Podría describir que ocurría cuando se sentía depresiva?

2. Esquema general de creencias en torno al padecimiento depresivo

Objetivo: Delimitar creencias en torno al padecimiento depresivo

- ¿Cómo podría definir la depresión? ¿Cómo podría definir a una persona depresiva? ¿la depresión tiene otros nombres con los cuales se les conozca?
- ¿Qué significa tener depresión?
- ¿Qué es lo que opinan sus familiares respecto a la depresión?
- ¿Qué cree usted que necesitan las personas con depresión para recuperarse?
- ¿podría describir cuales son las creencias en torno al padecimiento depresivo?
- ¿Cómo cree que afecta a sus familiares una persona que padece depresión?

3. Imágenes posibles de describir en torno al padecimiento

Objetivo: establecer cuales son la imágenes construidas en torno a la depresión.

- ¿Qué imagen le remite a usted la depresión?
- ¿Qué características de la misma la lleva a esa descripción?
- ¿Podría describir una imagen que le remita un estado depresivo?

4. Prácticas vinculadas al padecimiento

Objetivo: establecer o delimitar las principales prácticas vinculadas al padecimiento depresivo.

- ¿Podría describir un día en la vida de una persona con depresión?
- ¿Qué actividades puede y no puede hacer una persona con depresión?
- ¿Puede describir las prácticas vinculadas a la depresión, se asocia a lo que se piensa o se siente?

SIGNIFICADOS DE LA MATERNIDAD

1. Historia de la maternidad desde lo particular

Objetivo: marcar hitos vinculados a la maternidad

- ¿Cuáles podría considerar hitos en su vida?
- ¿podría describir sus embarazos y su maternidad?
- ¿Cuál cree que ha sido el rol histórico de la mujer?
- ¿Considera que la maternidad ha sufrido cambios? ¿podría describirlos?

2. Creencias devenidas de la historia familiar y su relación con lo particular y lo social

Objetivo: delimitar las características de las creencias en torno a la maternidad

- ¿Cómo fueron sus padres? En particular ¿Cómo era su madre?
- ¿Cuáles son las principales creencias en torno al embarazo y la maternidad?
- ¿Qué significa ser madre para usted? ¿cuáles son las exigencias hacia la mujer es madre, que sucede cuando estas expectativas no se cumplen?
- ¿Cuáles son las funciones que debe cumplir una mujer que es madre?
- ¿Cuáles son las funciones que debe cumplir el padre?
- ¿Podría describir cual es el papel de la mujer antes y después de tener un hijo?
- ¿Cómo considera que afecta la depresión a una mujer que es madre?

- ¿Cuál considera que es el valor que la sociedad le otorga a la maternidad?
- ¿Cuál es el valor que usted le otorga a la maternidad?

3. Imágenes construidas en torno a la maternidad

Objetivo: dar cuenta de cuáles son las imágenes construidas en torno a la maternidad.

- ¿Podría describir a que imagen le remite a usted la maternidad?
- ¿Qué características de la misma la lleva a esa descripción?

4. Prácticas en torno al rol y la “función materna”

Objetivo: establecer las prácticas principales vinculadas a la maternidad

- ¿de qué actividades se encarga la madre y de cuales se encarga el padre socialmente?
- ¿de qué actividades se encargó usted y de cuales su pareja?
- ¿Qué es lo que le enseñó a sus hijos y a sus hijas?
- ¿Cuáles son las exigencias hacia las mujeres madres y como se sentía usted frente a estas exigencias?

Nota: los significados de la maternidad y de la depresión si bien se encuentran separados dependerá de la dinámica propia de la entrevista su vinculación, las representaciones sociales al igual que las relaciones de poder se encuentran implícitas en las preguntas que solo son disparadoras para la reflexión.

FASES DEL PROCESO METODOLÓGICO

