



**Pobreza y salud mental:
Narrativas de mujeres mayores de La Granja sobre el sufrimiento
de trastornos depresivos y de ansiedad**

Memoria para optar al Título en Antropología Social

Matías Araya Tessini
Prof. Guía: María Sol Anigstein

Santiago de Chile, año 2023

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Fabiola y Miguel por su cariño, contención y apoyo incondicional durante todos estos años.

A mis hermanos Néstor y Paolo, y a mis hermanas Connie y Annie por su cariño genuino.

A Katherine, mi compañera de vida, por su amistad, paciencia, escucha y amor infinito que me dieron la energía para terminar este trabajo.

A Sol, por guiarme y motivarme a experimentar con otras perspectivas de hacer investigación social; a todas mis compañeras del Laboratorio de Metodologías Críticas en Ciencias Sociales y Salud, especialmente a Alicia y Daniel por sus sinceros comentarios que orientaron mi proyecto de memoria.

A mi amiga Miriam de La Granja, por su energía y ayuda desinteresada; sin su respaldo todo hubiese sido más difícil.

A mis amigos de la universidad, Urbano, Valentina y Daniel, por su compañerismo y apoyo desde los inicios de esta investigación.

Y finalmente a mis cinco queridas colaboradoras de La Granja, por dejarme conocer sus vidas, desde sus pasajes más hermosos hasta las más íntimas heridas. Gracias por su entrega, cariño y compañía en este camino.

RESUMEN

La presente investigación busca conocer las narrativas de cinco mujeres mayores empobrecidas de La Granja acerca del sufrimiento de trastornos de depresión y ansiedad, explorando la relación entre sus condiciones materiales de existencia y el desarrollo de problemas de salud mental desde la perspectiva teórica de la antropología médica crítica.

Se utilizó la técnica metodológica de las Producciones Narrativas para la co-construcción de cinco relatos de conocimientos situados en los que se abordan los principales acontecimientos biográficos que marcaron el presente económico y emocional de las mujeres mayores; sus experiencias con la terapia psicológica, psiquiátrica y el consumo de psicofármacos; y los significados que atribuyen a su sufrimiento subjetivo.

Las narrativas evidencian la relevancia del duelo, como un proceso de vida medicalizado, en el diagnóstico, objetivación y significación del sufrimiento emocional bajo la categoría de depresión y ansiedad. Mientras que las trayectorias de vida de las mujeres mayores revelan las consecuencias económicas y emocionales que acarrea el trabajo de cuidados durante la vejez.

Palabras claves: pobreza - salud mental - adultas mayores - producciones narrativas - metodologías críticas.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	3
ÍNDICE	4
I. INTRODUCCIÓN	4
II. ANTECEDENTES	6
II.1. Contexto sociodemográfico de la vejez	6
II.2. Contexto sociopolítico en Chile	9
II.2.1 Neoliberalismo: legado y conflicto	9
II.2.2. Pandemia y confinamiento social	11
II.3. Salud mental	12
II.3.1. Datos y cifras a nivel global y regional	12
II.3.2. Salud mental en Chile	13
II.3.3. Antropología médica y salud mental	17
II.4. Comuna de La Granja	19
III. PROBLEMATIZACIÓN	20
IV. OBJETIVOS	22
IV.1. Objetivo general	22
IV.2. Objetivos específicos	22
V. MARCO TEÓRICO	23
V.1. Medicalización y Farmacologización	23
V.2. Antropología Médica Crítica: Proceso salud-enfermedad	25
V.3. Género y Cuidados	28
V.4. Antropología del Envejecimiento	30
V.5. Curso de vida	31
VI. MARCO METODOLÓGICO	33
VI.1. Metodología: Producciones Narrativas	33
VI.2. Lugar de investigación	35
VI.3. Colaboradoras	36
VI.4. Dificultades metodológicas	37
VI.5. Consideraciones éticas	39
VII. PRODUCCIONES NARRATIVAS	40
VII.1. Memorias de una sobreviviente - Susana	41
VII.2. Las vivencias de una mujer perseverante - Elena	50
VII.3. La angustia de un recuerdo - Aurora	60
VII.4. Biografía de una mujer triste - Luisa	69
VII.5. Recuerdos de mi vida - Patita	78
VIII. METAANÁLISIS	86

VIII.1. Condiciones materiales de vida	89
VIII.2. Significados de la depresión: la medicalización del duelo	95
VIII.3. Historia terapéutica en salud mental y psicofármacos	97
IX. A MODO DE CONCLUSIÓN	102
X. REFLEXIONES METODOLÓGICAS FINALES	104
XI. BIBLIOGRAFÍA	107
XII. ANEXOS	114

I. INTRODUCCIÓN

Esta investigación presenta los resultados de mi trabajo de memoria para optar al título de Antropología Social de la Universidad de Chile, realizado durante los años 2019 y 2023 en la comuna de La Granja, ubicada en el sector sur de Santiago, Chile. Su realización estuvo financiada por la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo a través del Laboratorio de Metodologías Críticas en Ciencias Sociales y Salud de la Universidad de Chile.

El documento se encuentra estructurado en los capítulos II, III y IV por los antecedentes, la problematización y los objetivos de la investigación respectivamente. En el capítulo V se expone el marco teórico-conceptual. El capítulo VI desarrolla el marco metodológico y epistemológico en el que se basa la técnica de las producciones narrativas junto a sus dificultades prácticas, se caracteriza el lugar de investigación y las colaboradoras, y se abordan las consideraciones éticas del estudio. En el capítulo VII como parte de los resultados se presentan los relatos co-construidos en conjunto con las participantes; luego en el capítulo VIII se desarrolla un metaanálisis interpretativo de los temas que surgieron en las narrativas en discusión con el marco conceptual. Como cierre, en el capítulo IX se exponen a modo de conclusión los principales hallazgos de la investigación; y en el capítulo X algunas reflexiones sobre el uso de metodologías críticas en salud mental y los alcances de la investigación. Finalmente el capítulo XI incluye las referencias bibliográficas, y el capítulo XII los anexos utilizados en el escrito.

II. ANTECEDENTES

Para acercarnos a la temática de investigación abordaré brevemente antecedentes actuales sobre cinco aspectos relevantes para entender el contexto del estudio realizado. En primer lugar, revisaremos datos acerca de la situación sociodemográfica de la vejez en Chile para luego realizar una caracterización del escenario sociopolítico del país en el que se produjeron la construcción de las narrativas, con el objetivo de conocer cómo se configura las circunstancias de desigualdad a las que se ven expuestas las mujeres mayores.

Posteriormente haré mención a las cifras a nivel global, regional y local de padecimiento de trastornos de depresión y ansiedad, junto a un apartado que recoge cómo la antropología médica se ha acercado al área de estudio de la salud mental en la vejez. Finalmente, caracterizaré mediante antecedentes históricos y sociales la comuna de La Granja en función de sus particularidades territoriales.

II.1. Contexto sociodemográfico de la vejez

La cantidad de personas mayores en el mundo está en constante aumento y se considera que seguirá creciendo; este fenómeno ha sido denominado envejecimiento demográfico. En el año 2015 se estimaba que había 901 millones de personas de 60 años o mayores en el mundo, un 48% más de los 607 millones constatados en el año 2000, mientras que para el año 2050 se prevé que la población mundial de personas mayores duplicará la cantidad del 2015, alcanzando casi 2.100 millones (ONU, 2015).

En el panorama nacional, el Censo calculó en el año 2017 una población total de 17.574.003 habitantes en Chile, de los cuales 2.003.256 son mayores de 65 años, lo que equivale al 11,4% de la población total del país. Si bien puede parecer un número bajo, al compararlo con las cifras del Censo de 1992 se demuestra el envejecimiento gradual de la población chilena: la cantidad de personas mayores de 65 alcanzaba solo un 6,6% total de la población, mientras que en el caso de las personas entre 0 y 14 años, en el año 1992 alcanzaban un 29,4% del total de habitantes y en 2017 ese número decreció a un 20,1%. Estas cifras reflejan la incidencia del fenómeno del envejecimiento en el país, como también del estancamiento de la natalidad (INE, 2018).



Figura 1. Tendencia sostenida del envejecimiento de la población chilena, según censos.

Fuente: INE (2018), Síntesis de resultados Censo 2017.

Otro aspecto significativo del fenómeno del envejecimiento en Chile es su marcada feminización. Las estadísticas del último Censo muestran que por cada 95,9 hombres hay 100 mujeres en el país, y mientras más envejecida es la población, mayor es la cantidad de mujeres y menor la cantidad de hombres. Se estima que entre el periodo 2015-2020 la esperanza de vida de las mujeres en Chile alcanzó un promedio de 82,1 años, una cantidad muy por sobre la estimada para los hombres de 77,3 años (INE, 2018).

Las mujeres mayores de 60 años y 65 en el caso de los hombres, entran en edad legal para poder jubilarse del mercado laboral y comenzar a recibir una pensión; sin embargo, la situación económica de las personas mayores en Chile ha sido una problemática permanente en las últimas décadas. Los bajos montos que se entregan mediante los servicios de previsión social repercuten en la vida cotidiana de las personas mayores de distintas formas, dificultan el acceso a servicios básicos como la movilización, la salud y medicamentos, alimentación, recreación, entre otras necesidades básicas. Se estima que un tercio de la población mayor de 65 años no tiene los ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas (Subsecretaría de Previsión Social, 2018). El sistema de pensiones chileno fue sustituido¹ en 1980 durante la dictadura militar, pasando desde un esquema colectivo público de reparto hacia uno basado en la capitalización individual bajo la administración de instituciones privadas con fines de lucro, bautizadas como administradoras de fondos de pensiones o AFP (Arenas de Mesa, 2000). En este sentido, el ahorro alcanzado recae exclusivamente en las cotizaciones realizadas por el o la trabajadora a lo largo de su vida laboral y en las fluctuaciones del mercado, puesto que allí son depositados los ahorros por las administradoras en forma de acciones.

Producto de esta situación, un gran número de estas personas mayores se ven obligadas a seguir trabajando después de su jubilación para mantenerse mensualmente -sin dejar

¹ Salvo, en primer lugar, la mínima porción de la población que no se cambió al sistema de AFP, puesto que quienes ya cotizaban en el sistema de reparto no fueron obligados a cambiarse a diferencia de quienes cotizaron posterior a la reforma. En segundo lugar, la Fuerzas Armadas y de Orden que cotizan en cajas de previsión estatales.

de lado que muchas trabajan luego de su jubilación por otros motivos-, como también hay quienes necesitan de aportes estatales para recibir una pensión mínima. Para estos casos se creó en el año 2008 el Sistema de Pensiones Solidarias (SPS) que funcionó como un pilar solidario a partir del cual el Estado les hace entrega de una pensión a aquellas personas que nunca cotizaron en el sistema (Pensión Básica Solidaria de Vejez) o realiza un aporte a cuyas personas que no hayan acumulado fondos suficientes para una jubilación mínima (Aporte Previsional Solidario).

Según información del Instituto de Previsión Social (IPS) del año 2019, 1.312.333 personas recibieron pensiones de vejez, de las cuales 406.800 correspondieron a la Pensión Básica Solidaria de Vejez (Subsecretaría de Previsión Social, 2019). Es decir, que aproximadamente un 66% de la población mayor de 65 años recibe aportes estatales para obtener una pensión mínima que equivale a menos de la mitad del actual sueldo mínimo de \$400.000.

Un dato relevante es que 77% de todas las concesiones de PBSV, en el caso de la Región Metropolitana fueron entregadas a mujeres (Subsecretaría de Previsión Social, 2019), lo que demuestra una clara desigualdad por género en el acceso a pensiones básicas. De acuerdo con la encuesta CASEN (2013), el subsidio a través de pensiones solidarias es la principal fuente de ingresos de mujeres mayores de 60 años, ya que solo un 27,4% de la población mayor femenina cuenta con ingresos procedentes de trabajo formal remunerado a diferencia del 54,3% en el caso de hombres mayores.

En febrero del 2022 comienza a regir la Pensión Garantizada Universal (PGU), una nueva ley de pensiones que reemplaza los beneficios de vejez entregados por el Estado a través del Pilar Solidario. Con esta nueva pensión se garantiza un aporte máximo de \$185.000 para todas las personas mayores de 65 años que no se encuentren en el 10% más rico de la población, incluyendo a quienes continúen trabajando. Todas las personas que anteriormente recibían la Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV) dejaron de percibirlas y fueron traspasadas automáticamente a la PGU. Antes del cambio de ley las personas mayores con PBSV accedían a un monto máximo de \$176.000, por lo que el aumento en su pensión fue de solo \$9000, considerando que son personas que no cuentan con un monto de pensión base. De acuerdo con la información entregada por el Instituto de Previsión Social, esta cifra tendrá un reajuste de forma anual de acuerdo con la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPS, 2022).

Según la Subsecretaría de Previsión Social (2022) en el mes de febrero del 2022 1.273.220 personas recibieron el pago de pensiones de vejez por parte del Estado, de las cuales un 60,3% corresponde a pensiones entregadas a mujeres. De acuerdo con el Instituto de Previsión Social (2022), el objetivo de la PGU busca permitir a todos los adultos mayores posicionarse con ingresos por sobre la línea de la pobreza, beneficiando principalmente a la clase media y a las mujeres.

Los antecedentes demuestran que en el 2015 solo un 6,6% de las personas mayores de Chile se encontraban bajo situación de pobreza por ingreso, un 1,8% menos que en 2013 (Centro de políticas públicas UC y AAFP, 2017). Esta baja proporción de hogares con personas mayores en situación de pobreza a pesar de sus bajos ingresos se debe

principalmente a la metodología utilizada², ya que si se contempla la pobreza desde una perspectiva multidimensional³ las cifras cambian exponencialmente, debido a que el número de personas mayores que pertenecen a hogares en estado de pobreza multidimensional alcanzan un 21,6%, 0,7% más que el total de la población chilena (Centro de políticas públicas UC y AAFP, 2017).

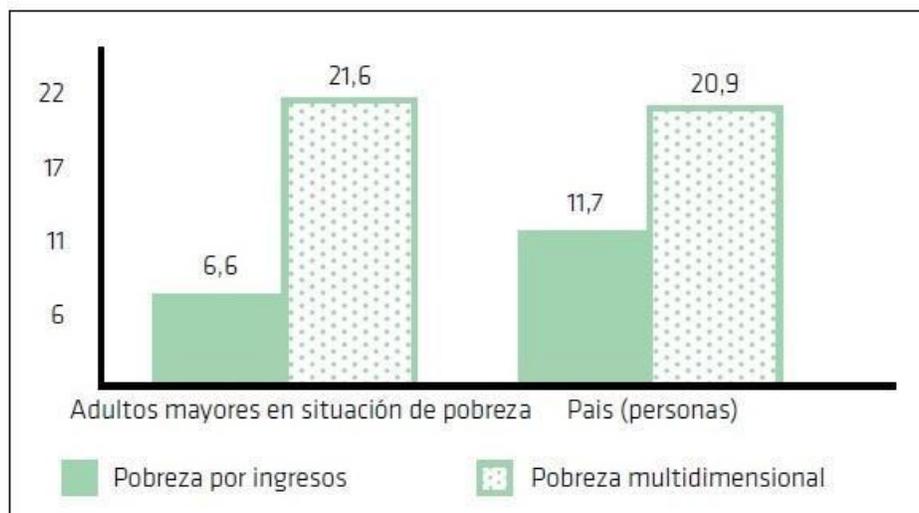


Figura 2. Porcentaje de pobreza por ingresos y pobreza multidimensional, para adultos mayores y país (personas).

Fuente: Centro de políticas públicas UC y AAFP, (2017), en base a Encuesta Casen 2006-2015, Ministerio de Desarrollo Social.

Estas cifras dan a entender que en los hogares donde habitan personas mayores existen más dificultades para lograr acceder o satisfacer las necesidades básicas para el bienestar humano.

² La medición de pobreza por ingreso establece que un hogar se encuentra en situación de pobreza cuando su ingreso por persona es inferior a la línea de la pobreza, es decir, “el ingreso del mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias de una persona en ese mismo período” (Mindes, 2015, p.10). Aunque cabe resaltar que desde el 2013, la encuesta CASEN ha realizado algunas modificaciones a este modelo.

³ La pobreza multidimensional se mide a partir de cinco dimensiones consideradas como relevantes para el bienestar de una persona: educación; salud; trabajo y seguridad social; vivienda y entorno; redes y cohesión social.

II.2. Contexto sociopolítico en Chile

II.2.1 Neoliberalismo: legado y conflicto

El neoliberalismo⁴ es una política económica que ha promovido la refundación del paradigma liberal clásico de los siglos XVIII y XIX, David Harvey (2007) le define como:

“(...) una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo, dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada, fuertes mercados libres y libertad de comercio. El papel del Estado es crear y preservar el marco institucional apropiado para el desarrollo de estas prácticas” (p.8).

Con la implementación del neoliberalismo en Chile en la década del setenta, durante dictadura, hubo un proceso de privatización de los activos públicos, la apertura de los recursos naturales a la explotación privada y desregulada, la privatización de la seguridad social, la facilitación de la inversión extranjera directa y mayor libertad de comercio (Harvey, 2007). Posteriormente con la creación y legitimación de la Constitución de 1980 se establece el marco general mediante el cual se regula el funcionamiento del neoliberalismo en el país (Ramírez, 2017).

En 1990, con el fin de la dictadura cívico-militar, se restauraron las libertades civiles y políticas fundamentales, sin embargo, no se llevaron a cabo cambios realmente sustanciales en el plano político y económico (Ruiz y Boccardo, 2015; Ramírez, 2017). El rol subsidiario del Estado se profundizó en los gobiernos post-dictadura, cuyo horizonte en materia de políticas sociales buscaba un crecimiento económico que considerara equidad social a través de concesiones a agentes privados en las esferas de la salud, educación, vivienda, previsión social, entre otras (León, 1998). Sin embargo, el resultado fue un aumento de las desigualdades distributivas, territoriales y de género que existían en el país, pues Chile en la actualidad se posiciona como uno de los países con una distribución de las riquezas más desiguales en el mundo (Gaudichaud, 2015).

En octubre del año 2019, gatillado por el alza del transporte público, se desatan masivas protestas a lo largo del país como consecuencia de la desigualdad social y las condiciones de vida de gran parte de la población chilena. La crítica se fundamenta en las consecuencias sociales de las privatizaciones de todos los servicios sociales, y el alto costo de la vida, considerando la enorme desigualdad socioeconómica. En este escenario, las condiciones de existencia de las personas mayores se erigieron como una de las

⁴ El surgimiento del neoliberalismo se remonta a la crisis del capitalismo de posguerra en el siglo XX, Puello-Socarrás (2013) identifica dos momentos claves en el desarrollo de este modelo político económico. El primero, el nacimiento de la Sociedad de Mont-Pèlerin, grupo intelectual e ideológico desde el cual se difundieron el pensamiento y doctrina neoliberal. Y el segundo, el golpe de Estado en Chile de 1973 encabezado por Augusto Pinochet. La dictadura militar permitió la implementación del modelo político y económico neoliberal a partir del año 1975, impulsado por las reformas políticas y sociales lideradas por la influencia de los padres del neoliberalismo (Hayek y Friedman principalmente) en un grupo de economistas chilenos denominados los Chicago's Boys (Puello-Socarrás, 2013). Esto convierte a Chile en el primer país en adoptar el modelo neoliberal en el mundo.

demandas más relevantes contra el Estado chileno, apuntando principalmente a las paupérrimas pensiones que reciben gran parte de las y los jubilados, a pesar de trabajar a lo largo de casi toda su vida. La reacción política ante las manifestaciones fue impulsar un proceso de creación de una nueva Constitución, en vista que la actual carta fundamental fue escrita en dictadura y es la encargada de estructurar las bases del modelo neoliberal en Chile.

II.2.2. Pandemia y confinamiento social

En el contexto de crisis social profunda se da a conocer el primer caso de una persona contagiada por el virus COVID-19 en Chile a comienzos de marzo del 2020, mientras aún se mantenían distintos focos de protestas a lo largo del país. Heiss (2020) explica la situación sanitaria como si hubiese sido una extensión de la crisis social y política, en el sentido que no hubo un periodo de inacción y normalidad. Del mismo modo, el gobierno como primera medida ante la propagación del virus decretó el Estado de Emergencia⁵, que luego sería reemplazado por Estado de Catástrofe⁶.

Estos estados de excepción constitucional conllevaron al posterior despliegue de las fuerzas militares en algunas ciudades, respondiendo a una forma de cuarentena parcial en zonas donde existían altos índices de contagio de la población. Del mismo modo, durante el inicio y peak de los casos se aplicaron toques de queda nocturnos y cordones sanitarios en varias de las grandes ciudades del país; a pesar de la estrategia adoptada por el Estado los contagios de igual manera fueron aumentando progresivamente.

Los efectos de la cuarentena tuvieron fuertes consecuencias en la población chilena, fundamentalmente por los masivos despidos en el ámbito laboral y la falta de provisión de alimentos en los segmentos más pobres. Estos hechos pusieron nuevamente en la discusión pública la gran desigualdad socioeconómica que existe en el país, debido a las diferencias de acceso a servicios fundamentales a la hora de poder enfrentar una crisis sanitaria.

En relación con lo anterior, se puso énfasis en torno a la temática de la salud mental, en un principio desde la denominada *Mesa COVID-19*⁷, la cual desarrolló como una de las primeras propuestas sobre la salud mental en pandemia, a través de un documento en el cual destacan que Chile presenta “condiciones sociales de riesgo particulares en las que se anida el impacto en salud mental de esta epidemia: alta desigualdad social, alta

⁵ Es un tipo de Estado de Excepción Constitucional, el Estado de Emergencia es dictado por el presidente de la República en caso de grave alteración del orden público o de grave daño para la seguridad de la Nación, a través del cual se podrá restringir las libertades de locomoción y de reunión (Constitución Política de la República de Chile, 2010).

⁶ El Estado de Catástrofe es dictado por el Presidente de la República en caso de calamidad pública, se podrá restringir las libertades de locomoción y de reunión, como también entrega la facultad de requisiciones de bienes, establecer limitaciones al ejercicio del derecho de propiedad y adoptar todas las medidas extraordinarias de carácter administrativo que sean necesarias para el pronto restablecimiento de la normalidad en la zona afectada (Constitución Política de la República de Chile, 2010).

⁷ Grupo formado por “especialistas del mundo de la salud, municipios y académicos que trabajaron sobre propuestas y se coordinarán para impulsar acciones eficaces contra la pandemia.” De acuerdo con la información de su sitio web.

desconfianza en las instituciones, vulnerabilidad social dinámica, alto malestar subjetivo y experiencias previas de desastres siconaturales” (Mesa COVID-19, 2020, p.4). Finalizan el escrito afirmando que situaciones tales como el miedo, incertidumbre, duelos, soledad y confinamiento acarrearán consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la salud mental de la población.

II.3. Salud mental

II.3.1. Datos y cifras a nivel global y regional

A nivel global la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emprendido diversos programas sobre promoción, prevención, tratamiento y atención en el ámbito de la salud mental. Su urgencia nace producto de las altas cifras de prevalencia, diagnóstico y discapacidad que producen las enfermedades mentales en el mundo. Las enfermedades mentales más padecidas por la población mundial son aquellas denominadas como trastornos mentales comunes, las cuales se refieren a dos categorías principales de diagnóstico: los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Se les llama comunes debido a su alta prevalencia y repercuten directamente en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas; los síntomas asociados tienden a variar en cuanto a su intensidad y duración (OPS, 2017).

Hacia el año 2015 se calculaba que más de 300.000 millones de personas a escala mundial sufrían depresión, lo que equivale a un 4,4% de la población global. Aproximadamente el mismo número de personas padecían trastornos de ansiedad, aunque no es apropiado considerar que se trata de 600.000 millones en total, ya que existe una alta tasa de comorbilidad, es decir, la presencia simultánea de ambas condiciones (OPS, 2017).

En primer lugar, el padecimiento de trastornos depresivos, según estudios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aumentaron en un 18,4% entre los años 2005 y 2015 a nivel mundial. Otros datos significativos son que la depresión tiende a ser más común en mujeres que en hombres, alcanzando un 5,1% en mujeres y un 3,6% en hombres, mientras que la Región de las Américas se posiciona como la más afectada en prevalencia de depresión según el porcentaje de población. En cuanto a las personas mayores los datos afirman que la mayor prevalencia de este trastorno del ánimo se da en el tramo de edad entre 60 y 64 años, alcanzando un 7,9% de padecimiento en las mujeres y un 5,5% en el caso de los hombres de esta edad a nivel global (OPS, 2017).

En segundo lugar, los trastornos de ansiedad siguen la misma tónica. En América el índice de prevalencia en mujeres es de un 7,7%, y el de hombres un 3,8%, lo que equivale a un aproximado de 57 millones de personas afectadas (OPS, 2017). A diferencia del trastorno depresivo, la cantidad de personas con cuadros de ansiedad en la Región de América es casi similar al número de afectados en la Región de Asia Sudoriental -60 millones- que en comparación tiene un número mucho mayor de habitantes. Además, en el caso de los trastornos de ansiedad, la tasa de padecimiento va en decrecimiento a medida que avanza la edad, a diferencia de la depresión. Desde los

60 años en adelante se observa una notable disminución de cuadros de ansiedad en ambos sexos, aunque las cifras demuestran que las mujeres de la tercera edad son casi dos veces más propensas a sufrir este tipo de trastornos que los hombres, alcanzando un aproximado de 5% en las mujeres y un 2,7% en hombres (OPS, 2017).

Por último, la OPS (2017) y el Minsal (2017) destacan que, si bien los trastornos mentales comunes pueden afectar a personas de todas las edades y condiciones sociales, existe un mayor riesgo de sufrir depresión y trastornos de ansiedad producto de la pobreza, la desigualdad, la falta de acceso a salud, el desempleo y acontecimientos importantes ocurrido a lo largo del curso de vida, como la muerte de un ser querido, separaciones amorosas, accidentes, entre otros.

II.3.2. Salud mental en Chile

En Chile, las actuales políticas públicas en el ámbito de la salud mental se enmarcan en un plan de acción impulsado por el Ministerio de Salud (Minsal) desde el año 2017 con metas hasta el 2025. Su principal propósito consiste en extender una red de servicios a nivel territorial en la que se complemente la práctica psicológica-psiquiátrica con un enfoque comunitario. Para ello se propuso la inyección de más recursos a la salud mental con el objetivo de aumentar la cobertura y fomentar la prevención por sobre las tareas curativas, utilizando como espacio central los puntos de Atención Primaria de la red de salud integrada tanto por el sistema público como privado.

Este financiamiento se distribuye principalmente en prestaciones realizadas por agentes públicos, privados con y sin fines de lucro, capacitaciones, gastos en medicamentos, entre otros (Minsal, 2017). Un ejemplo de estos beneficios es el programa de Garantías explícitas en Salud (GES), el cual otorga a los ciudadanos acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en el tratamiento de determinadas enfermedades, como también para ciertos trastornos mentales. Entre estos están la esquizofrenia, la depresión en personas mayor a 15 años, el consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, y por último el trastorno bipolar en personas mayores de 20 años. Aun así, el Ministerio de Salud (2017) precisa que el gasto público en salud mental a nivel nacional contempla solo un 2,4% del gasto total en salud, muy por debajo de lo recomendado por la OMS.

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) del Minsal (2017), demuestra que desde la percepción de las chilenas y chilenos su bienestar emocional alcanza -en una escala de 1 al 7- una nota de 5,7, tres puntos más que en el año 2000 y 2006. Sin embargo, en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2016-2017, se diagnostica⁸ que aproximadamente un 6,2% de la población del país sufre de depresión (Minsal, 2018). Otros datos que aporta la ENS del año 2016 es que el grupo etario más afectado por trastornos de depresión es el rango que oscila entre 45 y 54 años (8,6%), seguido por los grupos etarios que van desde los 55 a los 74, y de los 18 hasta los 24, ambos grupos con un 6,2% de incidencia. Asimismo, se afirma que la prevalencia de depresión es mucho

⁸ Para identificar esta cifra, la ENS utiliza un instrumento de medición de nombre CIDI (Composite International Diagnostic Interview), el cual se basa en los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM-IV; es decir, el diagnóstico se hace mediante una encuesta.

mayor en mujeres que en hombres, un 10,1% y 2,1% respectivamente de acuerdo con el total de la población según sexo (Minsal, 2018).

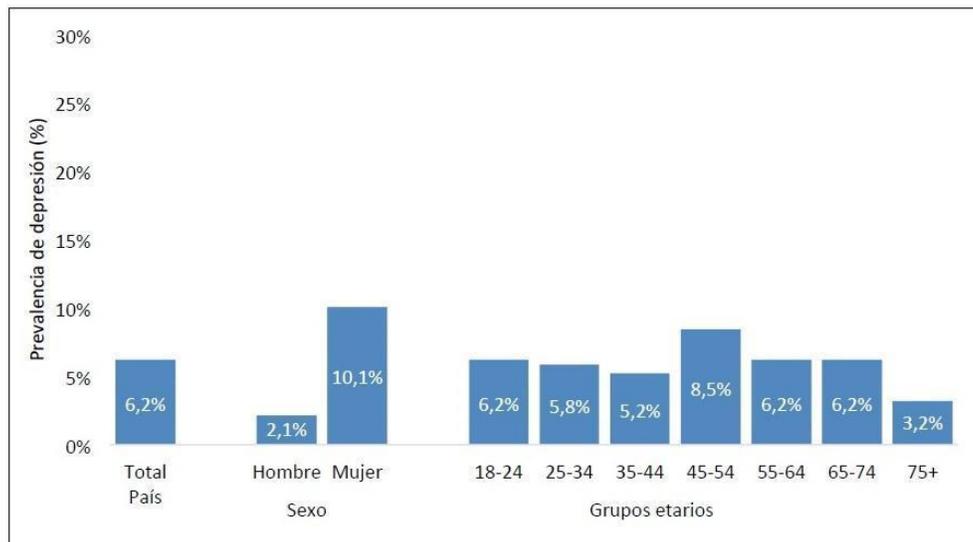


Figura 3. Prevalencia depresión año 2016 total según sexo y edad.

Nota: Criterio CIDI-DSM IV.

Fuente: Minsal, (2018), Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Departamento de epidemiología.

Por otra parte, el último estudio que entregó estadísticas respecto a la prevalencia de trastornos de ansiedad en personas mayores fue el Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores del Minsal (2014). De acuerdo con los registros del año 2012 del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) 23.374 personas mayores estuvieron en tratamiento por trastorno de ansiedad en el Programa de Salud Mental y, a diferencia de otros trastornos del ánimo como la depresión, en este caso son mayoritariamente hombres quienes se encuentran en tratamiento por ansiedad.

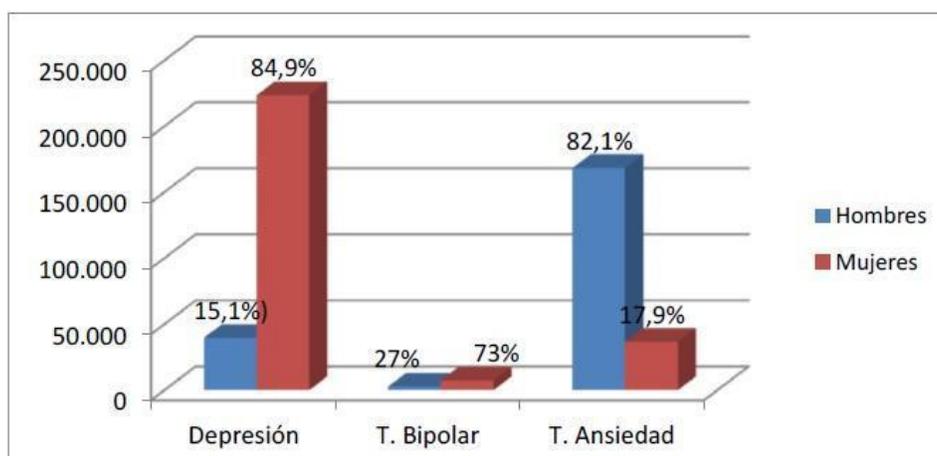


Figura 4. Población adulta mayor en control en el Programa de Salud Mental, por Trastornos depresivos y del ánimo, Chile 2012.

Nota: Criterio Escala CIDI-SF.

Fuente: Minsal, (2014), Programa nacional de salud de las personas adultas mayores, Departamento de Ciclo Vital.

Fuera de las cifras manejadas por el Minsal, la encuesta *El Chile que viene: Salud* de la institución privada Cadem (2019), entrega datos sobre la incidencia de trastornos mentales en la población chilena. Entre los encuestados, 7 de cada 10 declara tener o haber padecido una enfermedad asociada a la salud mental y un 59% afirma haber asistido al psicólogo o psiquiatra, de los cuales solo un 57% terminó la terapia. Entre las problemáticas más mencionadas con relación a la salud mental se encuentran la ansiedad/angustia, trastornos del sueño, estrés laboral y estrés académico; y en menor cantidad depresión y colon irritable. Respecto a las causas de estos malestares se mencionan factores personales tales como problemas familiares, problemas en el trabajo y sobrecarga laboral; no obstante, la mayor cantidad de encuestados responde no saber cuál es el motivo principal del malestar.

Los *Baby Boomers*⁹ que van de los 52 a los 71 años, igual que los demás grupos etarios, afirman de acuerdo con los factores que gatillan los problemas de salud mental que, desconocen la causa principal de los problemas emocionales que les aquejan, seguido por la muerte de algún/a amigo/a o familiar. Asimismo, este grupo son los que menos visitan especialistas en salud mental con un 55%, aunque del total un 66% admite haber terminado la terapia cuando han asistido, por sobre los demás grupos etarios. Además, son los que más gasto mensual tienen en salud en el país, con un promedio de \$76.000 mensuales (Cadem, 2019).

Las diferencias entre las cifras entregadas por encuestas del Ministerio de salud (ENCAVI 2017); (ENS 2018), y la encuesta Cadem (2019) son llamativas, un factor que pueden incidir en esta variabilidad son la cantidad de personas encuestadas, pero también el modo en cómo se aborda la salud mental, por una parte, a partir de criterios diagnósticos, y por la otra a través de la percepción individual de los participantes acerca de sus padecimientos.

Una investigación más reciente realizada por Herrera et. al (2021) aborda la calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19 y dedica un capítulo entero a evaluar la salud y el bienestar de este grupo social. Realiza una medición a partir de una comparativa en respuestas sobre la autopercepción de salud y problemas de salud física y mental de un mismo grupo de personas mayores entre 2019 y 2021; el resultado del estudio en el ámbito de la salud mental refleja un aumento estadísticamente significativo en la sintomatología depresiva y de ansiedad. El porcentaje

⁹ Criterio de selección muestral de la encuesta, basado en una categoría generacional de personas nacidas durante el periodo histórico denominado *baby boom*, que contempla entre los años 1950 y 1968 en el caso de la encuesta. Se les relaciona con características determinadas de acuerdo con el periodo histórico en el que nacieron (Díaz-Sarmiento, 2017).

de síntomas depresivos¹⁰ aumentó de 24% a fines del 2019 hacia un 38% en el otoño del 2021, mientras que el porcentaje de síntomas de ansiedad¹¹ aumentó de 40% en 2019 post estallido social a 52% a mediados del 2021 (Herrera et. al, 2021, p. 62).

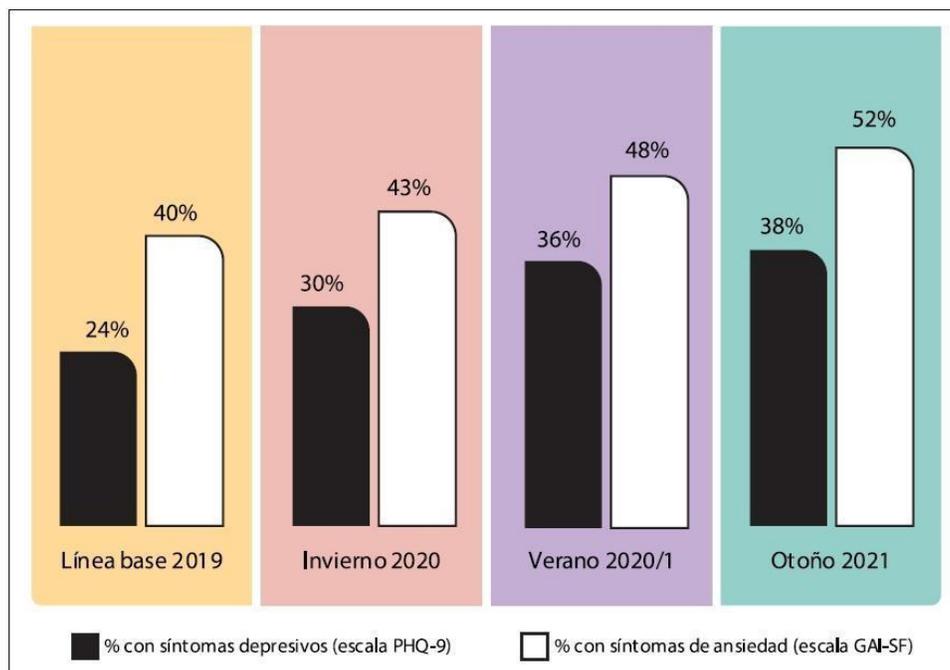


Figura 4. Evolución de los síntomas depresivos y de ansiedad en personas mayores por año, Chile.

Fuente: Herrera et. al. (2021). Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19. Centro de Envejecimiento y vejez, Pontificia Universidad Católica de Chile, UC, e Instituto de Estudios Avanzados Universidad de Santiago, USACH.

En específico se evidencia un alza significativa en síntomas depresivos como problemas para dormir, poco interés al realizar labores cotidianas, sentirse triste o deprimido/a, sentirse cansado/a y tener problemas de apetito. En el caso de los síntomas de ansiedad todos los síntomas medidos aumentaron, siendo los principales el sentirse preocupado/a y nervioso/a constantemente (Herrera et. al, 2021). Otros resultados relevantes del estudio se relacionan con la evidencia de una mayor sintomatología depresiva en personas mayores con nivel educacional básico y en mujeres por sobre hombres, síntomas que se agudizaron en quienes vivían sin acompañantes durante los periodos críticos de la pandemia. En esta misma línea, se constata en el caso de la ansiedad que las diferencias

¹⁰ La escala PHQ-9 fue el criterio de medición de síntomas depresivos utilizado en el estudio. “La escala tiene un rango de 0 a 27 y se categoriza en cinco niveles de depresión. En este estudio se usa de manera dicotómica (con/sin indicios de depresión), con el punto de corte sugerido por Saldivia y otros (2019), donde el puntaje de 7 a 27 sugiere síntomas depresivos” (Herrera et. al, 2021, p. 138).

¹¹ La escala GAI-SF fue el criterio de medición de síntomas de ansiedad utilizado en el estudio. “Geriatric Anxiety Inventory (GAI), en su versión abreviada de 5 ítems (Byrne y Pachana, 2011) y que ha sido recientemente validada en Chile en población adulta mayor (Miranda-Castillo y otros, 2019). No tiene punto de corte” (Herrera et. al, 2021, p. 139).

etarias y de género no resultan significativas, pero sí existe un marcado aumento en la sintomatología en el segmento de personas mayores con educación media y superior desde el inicio de la pandemia, en más de un 15%, mientras que en el segmento con educación básica se mantuvo en la misma proporción entre 2019 y 2021 (Herrera et. al, 2021).

II.3.3. Antropología médica y salud mental

La antropología médica como subdisciplina se dedica a estudiar las problemáticas relacionadas con la salud de los seres humanos y los sistemas de curación dentro de su contexto cultural y social (Cardona, 2013). Se ha nutrido a partir de las ciencias biológicas, sociales y clínicas, teniendo como objetivo aportar al desarrollo y comprensión de los problemas y servicios de salud en el mundo. Cardona (2013) plantea que su premisa base es:

La comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad-curación como el resultado de la articulación de la ecología, la biología y la cultura, es decir, como un proceso que debe entenderse de manera holística dentro de un contexto de diversidad biológica y cultural de los seres humanos. (p. 25)

Martínez (2008) plantea que a lo largo de la historia de la antropología se desarrollaron tres modelos de acercamiento al área de la salud. El primero de ellos es el denominado modelo clásico, desarrollado durante el periodo de las monografías clásicas de la antropología, en las cuales la medicina utilizada por los pueblos indígenas estudiados fue relegada a una posición marginal, pues se consideraba que estas se basaban y dependían de otros sistemas culturales, como la religión y la magia.

El segundo fue un modelo pragmático, a partir del cual surge la antropología médica como subdisciplina. Este modelo se caracteriza por su carácter aplicado, ya que se orientaba a mejorar el acceso y comunicación entre la medicina occidental y los pueblos autóctonos que tenían sus propias interpretaciones acerca del proceso salud/enfermedad. Durante el modelo pragmático se estudiaba la etnomedicina desde la perspectiva teórica de la biomedicina, ya que se posiciona a esta última como ciencia de la realidad, mientras que a aquella solamente como una creencia.

En tercer y último lugar, se desarrolla hacia fines del siglo XX el modelo crítico, conocido como Antropología Médica Crítica (AMC). La AMC se caracteriza por cuestionar los principios estructurales y las relaciones de poder/dominación que subyacen a la práctica e interpretación biomédica de los procesos salud/enfermedad/atención entendidos como manifestación del orden social (Fassin, 2004). De este modo, la AMC toma como objeto de estudio válido la medicina occidental o biomedicina, catalogándola como un sistema con determinadas creencias, valores y prácticas, susceptible a ser estudiada del mismo modo que otros sistemas de salud. De modo que las interpretaciones que hace la biomedicina sobre las enfermedades responderían sólo a una representación de la realidad, entre otras muchas posibles (Mishler, 1981). En definitiva, la AMC critica la supuesta transparencia de la ciencia y visibiliza que, a pesar de estar implícito, el discurso científico es un sistema permeado por principios políticos, ideológicos y morales.

En esta línea, Martínez (2008) plantea que los principales fundamentos teóricos de la antropología médica crítica son:

(...) visión cultural y social de la enfermedad, sensibilidad a la dimensión histórica, independencia del mundo social con respecto a la realidad natural, análisis particularista de las enfermedades, noción de multicausalidad etiológica, sospecha de las vinculaciones entre normalidad biológica y normatividad social y negación de la neutralidad de la teoría y práctica biomédicas, entre otros principios. (p.44)

Los estudios de antropología médica crítica en el ámbito de la salud mental tienen larga data y una prolífica producción de conocimiento. Se podría establecer que su principal línea investigativa se relaciona con los trabajos clásicos y contemporáneos que discuten con los principios teóricos de la psiquiatría, el biologicismo, las clasificaciones nosológicas, la experiencia de los síntomas, entre otros (Kleinmann, 1987; Kleinmann, 2012; Fabrega, 1993; Martínez, 1998; Martínez, 2000; Young, 1991). Como también estudios etnográficos en instituciones psiquiátricas y experiencias de personas diagnosticadas con enfermedades mentales (Correa-Urquiza et al., 2006; Goffman, 1968; Goffman, 1969; Márquez, 2010; Martínez & Muñoz, 2010).

El estado del arte en el caso específico de estudios antropológicos sobre la salud mental en la vejez responde mayoritariamente a estudios interdisciplinarios de carácter aplicado, enfocados en dos afecciones en particular, la depresión y las demencias. En el caso de la depresión, las problemáticas siguen la lógica de la importancia de los componentes culturales en el proceso de significación que hacen las personas mayores sobre este trastorno en particular, en función de diferencias sociales, culturales, étnicas, entre otras (Wittink et. al, 2008; Barg et al., 2006; Dein & Huline-Dickens, 1997; Pang, 1994). Mientras que las investigaciones en torno a las demencias en personas mayores intentan aproximarse con distintas perspectivas que contemplen el panorama de las demencias desde lo biológico, cultural, psicosocial, político y económico. En este campo de la salud mental se destacan los trabajos realizados por la antropóloga Anette Leibing y Lawrence Cohen (Leibing & Cohen, 2006; Cohen, 1998; Cohen, 1995).

Conforme a estos antecedentes, una gran cantidad de las investigaciones realizadas por la antropología médica sobre la salud mental de personas mayores se abordan desde una perspectiva aplicada, a partir de trabajos interdisciplinarios en conjunto con profesionales de la medicina. Por esto resulta relevante poder aportar a los antecedentes actuales desarrollando una investigación exploratoria desde una perspectiva crítica que aborde la problemática del sufrimiento de trastornos mentales comunes en mujeres mayores empobrecidas en el contexto sociopolítico particular de una comuna periférica de la capital de Chile.

II.4. Comuna de La Granja

La Granja es una comuna urbana ubicada en el sector sur de la ciudad de Santiago. Su creación comienza a gestarse en el año 1821 a partir de la donación de sus terrenos, en esos entonces agrícolas, a la Congregación Franciscana de Santiago, quienes fueron los encargados de construir su primera capilla en 1824 que estuvo ubicada en lo que actualmente es la avenida Santa Rosa con Américo Vespucio. A lo largo del

siglo XIX la cantidad de habitantes en el territorio fue creciendo junto al proceso de expansión demográfica desarrollado en las grandes urbes, hasta que en el año 1892 La Granja es declarada comuna oficialmente, integrando por esos años los territorios de lo que hoy son las comunas de San Ramón y La Pintana; hasta marzo de 1984, fecha en la que se desvinculan los territorios de San Ramón y la Pintana, quedando finalmente con una superficie total de 10,4 km².

La configuración histórica del territorio de la comuna de La Granja estuvo fuertemente marcada por el proceso de lucha habitacional llevado a cabo por el movimiento de pobladores organizados en comités de vivienda entre los años 1957 y 1973. De esta experiencia política-social nacieron algunos barrios populares de la periferia sur que aún forman parte de la comuna, como la Población Yungay, la Población Millalemu y la emblemática Población San Gregorio, siendo esta última la primera solución habitacional social masiva construida por el Estado chileno a través de la CORVI¹² en conjunto con las y los pobladores.

Actualmente La Granja está dividida administrativamente por el municipio en seis franjas organizadas de norte a sur y cuenta con una población total de 122.028 habitantes. Del total de su población, 15.673 corresponden a personas mayores de 60 años, de acuerdo con las proyecciones realizadas por el Censo del año 2017; alcanzando un Índice de Adultos Mayores (IAM) de 69,7, superior al promedio de la Región Metropolitana.

Los índices socioeconómicos de la comuna establecen que el 22% de la población se encuentra en situación de pobreza multidimensional (INE, 2017), un número mucho mayor que las cifras de pobreza por ingresos que llegan a un 4,7%. La interpretación de estos datos apuntan a que además de los ingresos, la falta de acceso de la población a distintos bienes y servicios sociales tienden a ser un problema común en los territorios periféricos de Santiago (Castillo et al., 2022; Cociña, 2016; Sabatini, 2002), principalmente en el sector sur y poniente de la ciudad, zonas donde fueron relocalizados los habitantes de campamentos ilegales durante la dictadura.

Respecto a los salarios y la medición de la pobreza en función del ingreso, las personas mayores se encuentran potencialmente en uno de los segmentos más vulnerables, si consideramos que el 24% de la población mayor de 60 años de La Granja recibía la Pensión Básica Solidaria de Vejez en el año 2019, lo que equivale a 3.382 personas, en su mayoría mujeres (Subsecretaría de Previsión Social, 2019).

Por otra parte, un antecedente importante para la investigación se relaciona con conocer la distribución y la capacidad de la comuna para otorgar acceso y atención en servicios de salud pública a la población más vulnerable, fundamentalmente en el área de la salud mental. Actualmente La Granja cuenta con cuatro Centros de Salud Familiar (CESFAM), tres Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y dos Centros Comunitario de Salud Familiar (CECOSF). Además, tiene a disposición un establecimiento exclusivo para la atención en salud mental, el Centro Comunitario de Salud Mental Familiar La Granja

¹² La *Corporación de la Vivienda (CORVI)* creada en 1953 durante el gobierno de Carlos Ibáñez del Campo tuvo como misión orientar las políticas de vivienda a nivel nacional hasta el año 1976.

(COSAM¹³), definido como un centro de atención ambulatoria que sirve de apoyo y complemento a los servicios de salud de la comuna, otorgando atención a personas residentes de la comuna que cuenten con una derivación desde los centros de salud primaria y sean beneficiarios de FONASA o PRAIS¹⁴.

III. PROBLEMATIZACIÓN

Los antecedentes expuestos evidencian un significativo aumento de las cifras relacionadas con el padecimiento de problemas de salud mental a nivel mundial y regional, principalmente de los denominados trastornos mentales comunes. En paralelo, se desarrolla otro fenómeno global de gran relevancia, el proceso de envejecimiento de la población en un contexto en el cual la longevidad humana cada vez es mayor y las tasas de natalidad bajan año tras año. El fenómeno del envejecimiento poblacional ha despertado el interés de las ciencias sociales por comprender, analizar y resignificar la etapa de la vejez.

En Chile, ambos fenómenos guardan una incuestionable, pero invisibilizada relación; durante las últimas décadas el panorama en salud mental ha seguido la misma dirección en Chile como en el mundo, lo que llevó a multiplicar los esfuerzos del Estado en la búsqueda de prevenir y garantizar el acceso a instituciones y especialistas en el tratamiento de enfermedades mentales.

Las estadísticas reflejan que las personas mayores, y mayoritariamente las mujeres mayores, son uno de los grupos sociales más afectados en este ámbito de la salud, específicamente en problemas tales como la depresión, la ansiedad y el suicidio (Minsal, 2018). Cabe resaltar que las personas mayores son parte de uno de los segmentos sociales más excluidos en el país, incluso muchos/as de ellos/as mantienen condiciones socioeconómicas por debajo del umbral de la pobreza multidimensional (Centro de políticas públicas UC y AAFP, 2017).

En medio de este panorama, la pandemia por COVID-19 trajo consigo una serie de consecuencias a nivel social y psicológico: incertidumbre, miedo al contagio, muerte de personas cercanas, pérdida de ingresos formales e informales, y la lejanía de las redes familiares y sociales; problemas que exacerbaban los estados depresivos y de ansiedad en un grupo etario que antes de la crisis ya se encontraba precarizado y que fue definido como uno de los grupos de mayor riesgo por la autoridad sanitaria en el contexto de pandemia (Herrera et. al, 2021).

Desde la antropología médica crítica se ha resaltado la importancia de los factores culturales y experienciales en la comprensión del proceso salud-enfermedad, pero

¹³ El funcionamiento de los COSAM a nivel nacional ha tenido diversas dificultades tanto en su marco normativo, organización, infraestructura, coordinación en la red de salud, entre otros; lo que ha afectado a la satisfacción de las necesidades de la población usuaria. Ver el Informe *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria* del MINSAL (2018) en su apartado 8.3. *Identificación de los nudos críticos*, página 44.

¹⁴ Programa del Ministerio de Salud que responde al compromiso asumido por el Estado con las víctimas de las violaciones a los derechos humanos, ocurridas entre septiembre de 1973 y marzo de 1990.

también se ha procurado visibilizar la relación entre el surgimiento del sufrimiento social y las condiciones materiales de existencia a las que se ven expuestas las poblaciones vulnerables. Por ello surge un cuestionamiento al abordaje biomédico en el sufrimiento de la población que se manifiesta física y/o psicológicamente a través de diferentes patologías. Este abordaje se cimienta en la expansión del proceso de medicalización a través del cual la biomedicina ha logrado establecer culturalmente un relato hegemónico acerca de cómo se entienden, clasifican y tratan las diferentes enfermedades de la sociedad occidental; un relato que tiende a minimizar los efectos de las esferas políticas, económicas e ideológicas en nuestros cuerpos.

Mediante una investigación de carácter exploratorio utilizando la metodología feminista de las *producciones narrativas*¹⁵ busco explorar, a través del relato de mujeres mayores empobrecidas habitantes La Granja, cómo las condiciones sociales, culturales, ideológicas y económicas influyen en su sufrimiento psicológico. Para este objetivo, los trastornos mentales comunes se establecen como un posible indicador significativo del sufrimiento psicológico, ya que por una parte los cuadros depresivos son los con mayor incidencia en las mujeres mayores en el ámbito de la salud mental; mientras que las cifras de padecimiento de trastornos de ansiedad aumentaron producto de la crisis sociopolítica, económica y sanitaria que experimenta actualmente Chile.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta de investigación se articula en comprender ¿cuáles son las narrativas de las mujeres mayores empobrecidas de la comuna de La Granja sobre sufrir un trastorno depresivo y de ansiedad?

Para responder esta pregunta se trabajó en la comuna de La Granja, ubicada en la periferia sur de Santiago, cuya configuración territorial y poblacional se encuentra marcada por los procesos de lucha habitacional desarrollados a mediados del siglo XX. El 22% de la población de La Granja se encuentra en situación de pobreza dimensional y el 13% de sus habitantes corresponden a personas mayores. De acuerdo con la Subsecretaría de Previsión Social (2019) el 24% de la población mayor de la comuna recibió la Pensión Básica Solidaria de Vejez en el año 2019, siendo en su mayoría mujeres.

En esta investigación se utilizó un enfoque teórico que contempló, en primer lugar, el curso de vida de las mujeres mayores, con la finalidad de indagar en las condiciones de vida a lo largo de su biografía que repercuten en su salud mental. En segundo lugar, una orientación mixta (Lock y Schepers-Hughes, 1990)¹⁶, que combina las perspectivas interpretativas y críticas desarrolladas por la antropología médica, de modo que las experiencias, significados sociales y culturales sobre el sufrimiento psicológico, encarnados en las narrativas, cobren sentido en relación con los aspectos macroeconómicos, políticos e ideológicos que los permean.

La técnica metodológica de las producciones narrativas tiene la potencialidad de concretar este enfoque mixto mediante la creación de un relato híbrido entre participante e investigador que exprese un conocimiento situado en el cual se vea reflejado la

¹⁵ Las características del dispositivo metodológico de las *producciones narrativas* se abordan en el apartado de metodología.

¹⁶ El enfoque mixto denominado *critical-interpretative approach* por Lock y Schepers-Hughes (1990), es desarrollado más en profundidad en el marco teórico.

conjugación de ambas dimensiones del fenómeno estudiado: lo micro y lo macrosocial. Al mismo tiempo que permite visibilizar la posición ética-política de la persona investigadora y cuestiona las relaciones de poder en un proceso de construcción de conocimiento cuyo objetivo es la transformación de la realidad social.

La relevancia y pertinencia de esta investigación se acentúa debido al contexto sociopolítico que vive el país; en primer lugar, por las consecuencias que acarrea en la salud mental la crisis por COVID-19, un virus que ha afectado principalmente a las personas mayores; y en segundo lugar, por la crisis política, económica y social que ha experimentado en los últimos años Chile, con cuestionamientos al modelo de desarrollo neoliberal y las profundas desigualdades socioeconómicas que ha generado en el país.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

Comprender las narrativas de mujeres mayores empobrecidas de La Granja en torno al sufrimiento de trastornos de depresión y ansiedad.

IV.2. Objetivos específicos

- 4.2.1. Caracterizar las condiciones materiales de vida de las mujeres mayores empobrecidas que padecen depresión y ansiedad en La Granja.
- 4.2.2. Indagar en los significados que tienen las mujeres mayores empobrecidas de La Granja sobre padecer depresión y ansiedad.
- 4.2.3. Describir la historia terapéutica en salud mental de las mujeres mayores empobrecidas que padecen depresión y ansiedad en La Granja.
- 4.2.4. Caracterizar la biografía de las mujeres mayores empobrecidas que padecen depresión y ansiedad en La Granja.

V. MARCO TEÓRICO

V.1. Medicalización y Farmacologización

La medicalización de la vida ha sido un proceso de expansión médica que ha sido estudiado desde las ciencias sociales y las ciencias de la salud, un fenómeno a través del cual:

Gradualmente procesos, eventos, comportamientos y padecimientos que antes formaban parte de la vida cotidiana o del ciclo de vida de las personas, se han patologizado: por ejemplo, las emociones -el duelo por la muerte de un ser querido, el dolor, la angustia o la ansiedad-, eventos del ciclo vital -el embarazo, el parto y el nacimiento, la niñez, los cambios hormonales en la adolescencia, la menopausia y el proceso de envejecimiento-, para nombrar sólo algunos. (Sy, 2016, p. 1534)

Es decir, la medicalización hace alusión a la construcción y delimitación de cuestiones de la vida cotidiana que en determinados periodos históricos comenzaron a ser consideradas como problemas de índole médica, y por consiguiente a ser clasificados y tratados como tal.

Foucault en *Historia de la Medicalización* (1977) explica cómo a partir del siglo XVIII, en Europa, la medicina basándose en la ciencia y su método logra expandirse más allá del plano de la enfermedad y los enfermos, estableciendo la autoridad médica como una autoridad social, y el hospital como un mecanismo de medicalización colectiva (Natella, 2008). De acuerdo con Natella (2008) este suceso histórico tuvo como consecuencia que desde el siglo XX en adelante comenzara un proceso de medicalización indefinida.

Desde la antropología, Iván Illich (1975) fue uno de los primeros en hacer visible el cómo el proceso de medicalización había comenzado a propagarse a partir del poder político e ideológico que lograba alcanzar el discurso biomédico en la sociedad occidental. Hizo notar que la medicalización se manifestaba a través de procesos tales como el aumento del presupuesto en la atención de salud profesional, la dependencia respecto a la atención profesional y el hábito de consumir medicamentos. Además, Illich mantiene una postura crítica en relación con la medicalización de la vida, considerando que “la carga principal de padecimientos humanos, por lo menos desde el punto de vista numérico, está constituida por enfermedades agudas y benignas (...) probablemente las que reciben menos tratamiento sean las que evolucionen mejor” (Illich, 1975, p. 54). En este sentido, Illich es escéptico en torno al avance de la biomedicina hacia la mayoría de las esferas sociales, ya que apunta a que la iatrogenesis¹⁷ producida en el ámbito clínico, social y estructural es mayor que sus posibles beneficios.

En relación con la expansión de la medicalización, Sy (2016) afirma que se produce y reproduce por medio de la relación entre diferentes actores sociales: médicos/as, industria farmacéutica, científicos/as y usuarios/as del sistema de salud, entre otros. Y destaca que, como eje articulador entre este conocimiento científico y la población usuaria del sistema

¹⁷ La iatrogenesis son “enfermedades producidas por el doctor, (...) las enfermedades yatrógenas son únicamente las que no se habrían presentado si no se hubiese aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente” (Illich, 1975, p.22).

de salud, los medios de comunicación masivos cumplen un rol fundamental en su papel de difusión y legitimación.

En ese sentido, la crítica enfocada a la medicalización de la vida se afirma a partir del cuestionamiento acerca de lo que se considera patológico y lo que no; y cómo lo patológico tiene estrecha relación con el orden social y sus parámetros de normalidad, los cuales son establecidos de acuerdo con factores políticos, morales y culturales que en el discurso científico se han mantenido ocultos en búsqueda de la objetividad.

Dentro de los estudios relacionados con el proceso de medicalización se ha desarrollado durante las últimas décadas, fundamentalmente en países anglosajones, el concepto de farmacologización. Bianchi (2018), basándose en los postulados de Abraham (2010), define que la farmacologización se trata de “la traducción de condiciones humanas, capacidades y potenciales en oportunidades para la realización de intervenciones farmacológicas terapéuticas o de mejoramiento, sea por parte de los médicos, de los pacientes o de ambos” (p.73). Si bien se puede considerar que la farmacologización se desprende del proceso de medicalización de la vida, Bianchi (2018) advierte que no solo se solapa a este, sino que lo excede. Debido a que se trata de un proceso sociotécnico complejo, dinámico y heterogéneo.

Existen diversos acercamientos conceptuales y líneas de investigación en torno al proceso de farmacologización, cuyo desarrollo avanza hacia perspectivas desustancializadoras que piensan el fenómeno de la farmacologización más allá de la materialidad de la pastilla (Bianchi, 2018). Sin embargo, en virtud de delimitar la idea de farmacologización que será de utilidad para la investigación, se seguirá la concepción definida como *medicamentalización* por Faraone & Arizaga (2008) en el contexto de estudios sobre el diagnóstico de TDAH y consumo de psicotrópicos en la infancia. Las autoras plantean que el proceso histórico de medicalización de la vida cotidiana se encarna y despliega en la actualidad a través de un fenómeno en específico: la predisposición a que la acción terapéutica en salud mental se centre exclusivamente en el síntoma, lo que finalmente orienta hacia un abordaje preferencialmente uniterapéutico, en donde la prescripción y consumo de fármacos aparece como la principal estrategia a considerar.

En síntesis, el concepto de medicalización adquiere relevancia para esta investigación en cuanto contribuye a comprender cómo y cuándo los problemas de ánimo se fueron patologizando como enfermedades mentales, y se establecieron como una de las principales afecciones de la población mundial en las últimas décadas. Trastornos cuya principal terapéutica recae en la psiquiatría y psicología, disciplinas que en sus corrientes clínicas más relevantes se encuentran profundamente influenciadas por el enfoque biomédico que tiende a un reduccionismo biológico y minimiza el papel del sistema político y económico en la surgimiento del malestar subjetivo (Pérez, 2009).

Mientras que el proceso de farmacologización en su desarrollo incipiente permite pensar y poner en discusión la acelerada expansión y aumento del consumo de psicofármacos en Chile (Madrid, 2018; Jirón, Machado & Ruiz, 2008) como una de las principales herramientas terapéuticas para lidiar con el sufrimiento psicológico de la población.

Asimismo, el envejecimiento humano históricamente se ha relacionado como un proceso homólogo a la enfermedad, llegando incluso a ser planteado como tal por la Organización Mundial de la Salud en 2021. El envejecimiento ha sido susceptible a la medicalización con tal de controlar y preservar la salud de las personas mayores incluso antes que padezcan alguna enfermedad. Por estos motivos el concepto de medicalización permite problematizar cómo el discurso biomédico tiene influencia a través de distintos mecanismos terapéuticos, mediáticos y otros, en la creación de las narrativas en torno a lo que significa padecer y sufrir un trastorno mental común siendo una persona mayor.

V.2. Antropología Médica Crítica: *Proceso salud-enfermedad*

Una de las principales temáticas estudiadas por la antropología médica crítica (AMC) son las dimensiones del proceso salud-enfermedad. En los años setenta alcanzaron gran relevancia los modelos catalogados como culturalistas o interpretativos, en sus vertientes hermenéuticas, fenomenológicas o constructivistas. Comencemos por los estudios de carácter hermenéutico que mayor importancia han tenido en el desarrollo del concepto de enfermedad.

El psiquiatra Arthur Kleinman (1980) retoma la clásica propuesta sobre la doble dimensión de la enfermedad dividida en: *disease* e *illness*. Plantea una crítica al modelo y establece el carácter simétrico entre ambas. El modelo clásico apuntaba a que la dimensión *disease* de la enfermedad suponía la patología objetiva establecida por el conocimiento biomédico, como perspectiva *etic*. Mientras que *illness* respondía al punto de vista etnomédico, en el que se encontraban las interpretaciones subjetivas de quienes padecían la enfermedad, es decir, la perspectiva *emic*. El aporte de Kleinman es posicionar lo *disease* como un modelo explicativo más acerca de la enfermedad, al igual que la visión *illness*. “*disease* e *illness* son conceptos explicativos, no entidades” (Kleinman, 1980, p. 73). De esta forma, rompe con la jerarquía nosológica de la biomedicina que se hallaba por sobre las designaciones populares de la enfermedad (Martínez, 2008).

Otro aporte de Kleinman es lo que se conoce como aproximación centrada en el significado, esta orientación propone un énfasis en la construcción de significados que se realiza desde la perspectiva *illness* de la enfermedad, con tal de reconocer el punto de vista de los pacientes bajo la misma importancia que la perspectiva biomédica; ya que, para el autor, la enfermedad no solamente es percibida como una realidad exclusivamente biológica, sino que es un producto cultural que contempla diversos significados de acuerdo con el contexto. De este modo, Kleinman resalta la importancia y necesidad de buscar las construcciones culturales de lo que significa la enfermedad, estableciendo el carácter hermenéutico que debe llevar a cabo la investigación antropológica con tal de desentrañar e interpretar esta dimensión invisibilizada por la biomedicina.

Allan Young (1982) le planteó una serie de críticas al modelo hermenéutico desarrollado por Kleinman, apuntando hacia la omisión e invisibilización en torno a la dimensión social de la enfermedad (*sickness*). Young se posiciona teóricamente desde el constructivismo social, y desde allí afirma que no tan solo es importante conocer las narrativas de la aflicción y las significaciones acerca de la enfermedad, sino que también se debe analizar

la dimensión social en la cual estas significaciones cobran sentido (Martínez, 2008). Bajo esta premisa, Young considera que aspectos fundamentales que interfieren en los procesos de sociabilización están siendo dejados de lado por la interpretación antropológica, entre ellos los factores económicos, políticos e ideológicos, que a su juicio son fundamentales para abarcar el proceso de salud/enfermedad/atención de forma íntegra.

La antropóloga Veena Das (2017) influenciada por los aportes lingüísticos de Wittgenstein discute con las posiciones hermenéuticas dándole importancia a la relación entre dolor, lenguaje y cuerpo. Afirma que las narrativas de la enfermedad no deben estar centradas en lo literario, sino que en las condiciones materiales en las que surge el sufrimiento social. Das destaca que si bien los conceptos sobre el sufrimiento son creados a partir de la experiencia vívida de las personas, no necesariamente se constituyen en una narrativa coherente, pues las ideas y términos utilizados se hallan insertos en un desorden híbrido que responde al “sentido de perplejidad en torno de lo que significa tener esta enfermedad en este cuerpo” (pp. 305-306). Las instituciones sociales operan sobre el sufrimiento social, por un lado produciéndolo y por el otro creando una comunidad moral que sea capaz de lidiar con él. En la actualidad, afirma Das, la búsqueda de las y los individuos por comprender sus experiencias vitales, evitar o sanar el dolor de forma colectiva, ha desplazado y sometido la experiencia corporal del dolor principalmente hacia la institución y conceptos de la ciencia médica (Veena Das, 2008).

Una vertiente de la antropología médica crítica que dialoga con el enfoque materialista desarrollado por Veena Das, es aquella que se aproxima al estudio del proceso salud-enfermedad desde un enfoque marxista crítico de la biomedicina. Baer y Singer (1982) fueron los primeros en establecer una correlación entre las relaciones de poder en el interior de los sistemas médicos y las relaciones de dominación existentes en el sistema capitalista. Cardona (2013) afirma que desde esta perspectiva se busca “entender la manera como las fuerzas político-económicas macrosociales afectan la salud de la gente y la estructura de los sistemas de salud” (pp. 29).

Desde el marxismo heterodoxo o neomarxismo, paradigma que hace una apertura a la dimensión cultural resaltando su importancia en el análisis en conjunto con los factores económicos-políticos que fundamentan la teoría materialista, el antropólogo italiano Giovanni Pizza (2005) destaca la importancia de considerar la relación salud-enfermedad como un proceso dialéctico y sociopolítico, en vez de una oposición. A partir de una interpretación de Cuadernos de la cárcel de Gramsci, retoma un aspecto que estaría olvidado de la teoría marxista, la corporeidad, para explicar que dicha oposición se trata de una construcción histórica e ideológica. Desde el sufrimiento subjetivo que experimenta Gramsci durante el periodo en que escribe este documento, reflexiona en torno a cuánto de sano hay en la enfermedad, y cuánto de enfermo hay en la salud. Cuestiona la relación que existe entre salud y normalidad, planteando la necesidad de indagar cómo interacciona el bienestar físico y la economía política: “de forma que muestre cómo en el sistema mundial la salud de algunos es posible por la enfermedad de los otros” (Pizza, 2005, p. 27).

En esta misma vereda, el antropólogo australiano Michael Taussig (1995) valiéndose de la interpretación de Lukács sobre los conceptos reificación y conciencia del proletariado de la teoría marxista, afirma que los síntomas de una enfermedad son más que una pura

disfunción biológica. A partir de un caso etnográfico de una mujer obrera que sufre de polimiositis, establece que los síntomas de la enfermedad se tratarían de signos de relaciones sociales que son enmascarados como cuestiones naturales; de modo que los síntomas de una enfermedad son símbolos que deben ser interpretados, y en el caso de la biomedicina tiende a realizar una interpretación deshistorizada y desocializada de la experiencia de la enfermedad, es decir, reifica la enfermedad con la finalidad de mantener el orden social establecido: el sistema capitalista (Taussig, 1995).

A raíz de la compilación de algunos de los enfoques teóricos desarrollados por la antropología médica en torno al fenómeno de la enfermedad, es necesario puntualizar que esta investigación adscribe a un enfoque teórico de la enfermedad que conjugue ambas dimensiones del fenómeno: los factores culturales, significados y experiencias de la enfermedad, y los aspectos macroeconómicos, políticos e ideológicos que permean los factores sociales. En este sentido, se utilizará el enfoque mixto propuesto por Lock y Scheper-Hughes (1990) denominado *critical-interpretative approach*, ya que por una parte el lenguaje encarnado en narrativas se constituye como un inmejorable mecanismo metodológico mediante el cual aproximarse a las significaciones de la enfermedad desde la perspectiva de un determinado grupo social (Martínez, 2008). Y, por otra parte, resulta imprescindible desentrañar los factores económico-político e ideológicos que subyacen tras la comprensión social de las enfermedades o trastornos mentales, puesto que como afirma Young (1982) sólo a partir de fenómenos macrosociales cobran sentido los significados y experiencias de la enfermedad.

En concordancia con lo anterior, el enfoque crítico-interpretativo del fenómeno de la enfermedad resulta fundamental al momento de aproximarse de forma integral al objeto del estudio, debido a que se trata de un acercamiento teórico que no aborda únicamente los significados y experiencias subjetivas que configuran las narrativas de las mujeres mayores empobrecidas acerca de los trastornos mentales, sino que se concentra también en ubicar las narrativas en los contextos históricos, políticos y económicos específicos en los que estas se construyen y tienen lugar, enriqueciendo la comprensión de las producciones narrativas como un material de conocimientos situados.

V.3. Género y Cuidados

La noción de cuidados es un concepto clave en el desarrollo de la teoría feminista y los estudios con perspectiva de género. La antropóloga mexicana Marta Lamas (2013) define el género o la perspectiva de género como el “orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual” (p. 332), en este sentido, el género se ha establecido como una variable fundamental en la incidencia de pobreza en la vejez cuyo origen se remonta a la división sexual del trabajo, ya que el rol de reproducción social que han cumplido históricamente las mujeres ha limitado sus oportunidades de acceso a trabajos remunerados y a la educación formal. Estas desventajas socioeconómicas a lo largo de sus trayectorias de vida se traducen en desigualdades durante la vejez (Stone, 1999 en Huenchuan, 2004).

La discusión sobre los cuidados se remonta a debates académicos anglosajones en los años 70's desde corrientes feministas en el área de las ciencias sociales (Batthyany, 2008) en torno a la problemática del trabajo doméstico (Gardiner, 2005) y el rol de las mujeres en el nudo producción y reproducción social. La socióloga uruguaya Karina Batthyany (2008) señala que el concepto de cuidados es polisémico y que no existe aún un consenso en torno a su definición, pero que en líneas generales se concibe el cuidado como “una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social” (p. 178).

Por otra parte, la socióloga norteamericana Arlie Russell Hochschild define el cuidado como el

vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad (Hochschild, 2012, p. 212 en Batthyany, 2008).

Siguiendo estas definiciones, y de acuerdo con Batthyany (2008) el trabajo de cuidados está basado en su carácter relacional, ya sea que se desarrolle en el ámbito familiar o fuera de él. Fuera del marco familiar se caracteriza por la relación de servicio, cuidado y preocupación por los otros, mientras que, dentro de la familia, la implicación de obligatoriedad y desinterés le otorga una dimensión moral y emocional a la labor de cuidados.

La psicóloga feminista Carol Gilligan (1993) planteó al respecto la existencia de una ética de los cuidados que dio inicio al debate contemporáneo entre la posición de las mujeres y teoría moral. A partir de una crítica a las etapas establecidas en el modelo clásico de desarrollo moral de Kohlberg por su carácter universalista que invisibiliza las diferencias culturales, sociales y de género, Gilligan afirma que existen diferentes formas de razonamiento moral en relación a las experiencias concretas de los sujetos. Sus investigaciones concluyeron que las mujeres tienen una tendencia a situarse en un plano contextual en donde prima la responsabilidad para con las personas de su entorno (Medina-Vincent, 2016). A partir de esta idea, la autora estableció su teoría del desarrollo moral femenino en tres etapas: una primera etapa de orientación hacia sí misma, caracterizada por el autocuidado que asegura la supervivencia; una segunda etapa de bondad como forma de autosacrificio, en donde prima el vínculo entre el yo y los otros a partir del concepto de responsabilidad, relegando el cuidado propio; y una tercera etapa final de moralidad de la no violencia, en la cual se reconsidera el cuidado propio y se alcanza un equilibrio moral entre centrarse en sí misma y los demás. Los aportes teóricos de Gilligan por medio de la ética de los cuidados abrieron paso a una serie de cuestionamientos que han permitido problematizar y darle importancia a la dimensión moral tras el trabajo de cuidados.

Además del aspecto moral, la dimensión económica resulta de gran importancia para comprender el fenómeno del trabajo de cuidado; desde la economía feminista se ha desarrollado el concepto de *economía del cuidado*, objeto de permanente debate. Esta corriente del pensamiento feminista busca visibilizar la dimensión de género en el sistema económico y sus repercusiones en la vida de las mujeres. En este contexto, la discusión en torno al concepto de economía del cuidado surge a partir de la necesidad de visibilizar el papel del trabajo doméstico no remunerado en el proceso de acumulación capitalista y la explotación de las mujeres (Enríquez, 2015). A grandes rasgos, se puede establecer que la economía del cuidado hace referencia a todas las prácticas y actividades necesarias para la reproducción cotidiana de las personas en la sociedad; incluyendo el autocuidado, el cuidado de otras personas, las condiciones necesarias para realizar el cuidado y la gestión del cuidado (Enríquez, 2015).

Las transformaciones en las dinámicas sociales y económicas que produjeron la integración masiva de las mujeres al mercado laboral remunerado a finales del siglo XX derivaron en lo que se denominó *crisis de los cuidados*. Una de las consecuencias de esta crisis afectó ampliamente a las mujeres mayores quienes asumieron el rol de apoyo y cuidados dentro de la familia extensa. La antropóloga española Mónica Ramos Toro (2018) plantea por un lado que la labor de cuidados que les tocó asumir a las mujeres mayores en este contexto resulta ser un rol cuya capacidad ha sido socializada a lo largo de sus vidas; pero, por otro lado, la prestación de cuidados de mujeres mayores afecta de forma directa a su propio envejecimiento, fundamentalmente por “la reducción de su tiempo de ocio y en la dificultad de anteponer sus deseos a las necesidades de cuidado que demanda el entorno familiar” (p. 78). Estas consecuencias a su vez acarrear problemas asociados a una menor capacidad para sobreponerse a situaciones de vulnerabilidad y carencias, además de una menor participación en la vida comunitaria por fuera de la familia.

En definitiva, las discusiones sobre el vínculo entre cuidado, moral y economía desarrolladas desde la teoría feminista resultan indispensables para abordar la relación entre la salud mental de las mujeres mayores y las condiciones materiales de vida desde una perspectiva de curso de vida. Los planteamientos sobre la economía del cuidado y la ética del cuidado dan luces acerca de dos aspectos importantes para la investigación: el rol del trabajo de cuidado en la dinámica económica de sociedades capitalistas y sus consecuencias en las condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida de las mujeres; y las implicancias de la carga laboral, moral y emocional que significan los cuidados durante la vejez femenina.

V.4. Antropología del Envejecimiento

Los postulados teóricos desarrollados por la antropología sobre el proceso de envejecimiento se insertan dentro de lo que se conoce como antropología de la edad, cuyo origen se remonta a los estudios más clásicos de la disciplina. La edad, al igual que el sexo se posiciona como uno de los principios de organización social primordiales en lo que respecta a las sociedades humanas (Spencer, 1990).

Esta subdisciplina se basa teóricamente en los principios del constructivismo social, ya que uno de sus principios fundamentales es la consideración de la edad como una construcción cultural (Feixa, 1996). Esto supone que si bien la edad guarda una estrecha relación con el proceso biológico que caracteriza el proceso de desarrollo de la vida humana, son las sociedades las que finalmente categorizan, clasifican y dotan de significado las distintas etapas de la vida de los individuos a partir de su cultura y los periodos histórico que atraviesan. Por esto se entiende que los contenidos culturales en los que se encasillan a las personas durante las diferentes etapas etarias de sus vidas no responden a una constante universal.

En función de esta premisa, la antropología del envejecimiento ha analizado y cuestionado las imágenes o estereotipos culturales que recaen en ciertos grupos de personas en función de su edad (Feixa, 1996). Se considera que las condiciones e imágenes sociales están estrechamente vinculadas al modo en cómo cada grupo etario se relaciona con la estructura social y las instituciones que la componen. Llevando esta discusión al contexto de esta investigación, Osorio (2006) plantea que las personas mayores en etapa de vejez han sido construidas como sujetos sociales que tienden a relacionarse con la inactividad, la dependencia, el deterioro y la cercanía a la muerte; esto se debería a la importante capacidad que tienen de recrear y consolidar este imaginario social ciertas instituciones sociales como la familia, el sistema sanitario, el sistema previsional y el mercado laboral.

Pese a estos estereotipos y encasillamientos que recaen en la vejez, las perspectivas socioculturales del envejecimiento no consideran que este proceso se trate de etapas estáticas y homogéneas en las que las personas ingresan en determinado periodo, sino más bien como “una construcción biográfica-individual e histórica-cultural” (Osorio, 2006, p.12). Es decir, desde una doble dimensión: individual, ya que el envejecimiento como proceso acompaña a las personas desde el nacimiento hasta la muerte y se despliega tanto de forma biológica como experiencial; y social, considerando que el envejecimiento es un constructo social que tiende a ser sensible a cambios culturales e históricos tales como las variaciones demográficas o el desarrollo tecnológico que ha permitido el aumento de la longevidad humana.

Los aportes teóricos de la antropología del envejecimiento hacen patentes las contradicciones existentes entre los estereotipos sociales y las diversas realidades materiales de las personas mayores, permitiendo acercarse a la problemática de la salud mental desde una posición no esencialista de la vejez. Con esto se busca no reproducir imaginarios de deterioro o incapacidad física y mental como procesos intrínsecos a la vejez, con tal de no perder de vista los factores políticos, ideológicos y económicos que afectan el bienestar emocional de las mujeres mayores participantes de la investigación.

Las construcciones culturales en torno a la vejez resultan relevantes al momento de indagar en las narrativas de sufrimiento de las mujeres mayores, ya que no solamente funcionan como dispositivos de identificación social externa sino que también influyen fuertemente en la autopercepción de sí mismas.

V.5. Curso de vida

El enfoque de curso de vida debe sus cimientos teóricos a los aportes de distintas disciplinas como la demografía, la sociología, la historia y la psicología. Las cuales a mediados de la década de los sesenta buscaron establecer conexiones entre los procesos de transición de la trayectoria de vida humana y los cambios del contexto histórico, “con la finalidad de conocer el impacto que tienen sobre las biografías y las relaciones sociales de las personas” (Harper, 2019, p.20). De modo que se centra en un análisis simultáneo de los niveles macroestructurales, en tanto sistema de normas regulatorias y microsociales, observando a las personas como parte de un grupo social definido y limitado culturalmente.

Este paradigma desecha la noción tradicional de etapas naturales cerradas por otros conceptos como trayectoria o ciclo para referirse al proceso que contempla la vida humana, con la intención de hacer patente su carácter dinámico e indeterminado. Yuni (2011) explica que este cambio de perspectiva se debe a un paradigma que considera que “lo distintivo del desarrollo humano en todos los estadios del curso vital sería su tendencia, mejor dicho, su naturaleza de cambio antes que su orientación a la estabilidad” (p. 33).

Blanco (2011) afirma -en concordancia con los planteamientos del sociólogo Glen Elder- que existen tres conceptos teóricos fundamentales en el análisis de curso de vida: trayectoria, transición y *turning point* (acontecimiento). En primer lugar, trayectoria hace alusión al camino o trayecto dinámico que se recorre durante la vida, y que está definida por el proceso de envejecimiento. En segundo lugar, transición hace referencia a los cambios de situación, estado o posición que conllevan a cambios en los roles sociales de las personas; aunque estos no son del todo predeterminados o fijos, tienden a tener mayores probabilidades de ocurrir producto del sistema de expectativas que recae en cada grupo de edad, como por ejemplo, matrimonios o el ingreso y salida del sistema educativo y laboral. En tercer y último lugar, los *turning point* se tratan de eventos que producen cambios drásticos o virajes de dirección en el curso de vida de una persona; son acontecimientos que se relacionan ya sea con situaciones trágicas individuales y sociales, como la muerte de un ser querido, un accidente, un terremoto o crisis financiera; o con experiencias subjetivas trascendentales.

Estos tres conceptos se interrelacionan entre sí, ya que la trayectoria de vida permite entender el panorama total de cómo afectan los cambios que son generados por los acontecimientos o *turning points*, de los cuales nacen transiciones en el curso de vida de una persona en determinado contexto histórico, social y cultural (Harper, 2019).

El enfoque teórico de curso de vida permite entender cómo el surgimiento y desarrollo de los trastornos depresivos o ansiosos se relacionan con la trayectoria biográfica de las personas mayores, es decir, en qué forma los acontecimientos micro y macrosociales a lo largo de su experiencia vital resultan claves para comprender su salud mental. Además, posibilita identificar el desarrollo e importancia del proceso de medicalización a lo largo de sus vidas, relacionado tanto al envejecimiento como a sus problemas psicológicos.

En síntesis, los conceptos desarrollados en el marco teórico permiten un abordaje al problema de investigación desde diferentes perspectivas. A nivel teórico general, la antropología médica crítica por medio del *critical-interpretative approach* (Lock y Scheper-Hughes, 1990) aporta los fundamentos de esta investigación tras la comprensión del fenómeno salud-enfermedad a partir de dos aristas: la perspectiva marxista que establece la relación entre el surgimiento de enfermedades y la pobreza en el contexto de producción capitalista y el rol de la biomedicina en la comprensión de esta díada; y la perspectiva interpretativa-hermenéutica que permite acercarse a los significados del sufrimiento en el mismo contexto cotidiano donde estos se producen socialmente. En directa relación con la perspectiva teórica general, el concepto de medicalización permite visibilizar cómo el desarrollo del discurso biomédico condiciona la comprensión de los significados culturales de la depresión y la ansiedad como enfermedad y también los diferentes métodos de acción cotidiana de las mujeres mayores para lidiar con el sufrimiento, como son la terapia y el consumo de psicofármacos.

De igual modo, las particularidades de las participantes son fundamentales para la aproximación teórica del estudio, se trata de mujeres mayores empobrecidas que más allá de sus diferencias biográficas comparten características etarias, territoriales y de género que las posiciona en una situación de desigualdad estructural en la sociedad chilena neoliberal. Con la finalidad de abordar y problematizar estos factores centrales del objeto de investigación, los conceptos teóricos de género, cuidados, envejecimiento y curso de vida permiten entender cómo la desigualdad de género repercute tanto en las condiciones materiales de las mujeres a lo largo de sus trayectorias de vida, especialmente durante la vejez, como también en los hitos biográficos que se vinculan con el surgimiento de su sufrimiento emocional.

VI. MARCO METODOLÓGICO

VI.1. Metodología: Producciones Narrativas

En la investigación se utilizó una metodología de enfoque crítico y participativo basada en una herramienta teórico-metodológica desarrollada desde los estudios y epistemología feminista: las *producciones narrativas* (PN). Esta propuesta metodológica nace al alero de la perspectiva de Haraway (1991) sobre los conocimientos situados, partiendo de una epistemología diferente a las dos posturas clásicas acerca de la forma de producción de conocimiento, “tanto de la objetividad y neutralidad el positivismo –mirada desde ningún lugar– como de la imposibilidad de acción del relativismo –mirada desde cualquier lugar” (Goikoetxea & Fernández, 2014, p.100.). El conocimiento situado apuesta por un conocimiento localizado en una red de relaciones e influenciado por el contexto político, social y cultural en el que se desenvuelve cada persona.

Esta noción de conocimiento localizado de las PN responde a una interpretación del lenguaje desde una perspectiva dialógica, que en términos de Bajtín (1982), hace énfasis en la dimensión heteroglósica y responsiva de cualquier tipo de producción narrativa. Lo heteroglósico surge como una reflexión acerca de la relación entre el lenguaje individual y el lenguaje social, la idea apunta que en el relato o discurso participan dos o más voces y por ellos distintas perspectivas, pues Bajtín entiende la noción de lenguaje como diálogo, un proceso abierto, activo, múltiple, que no se limita únicamente al lenguaje estructurado o normado, debido a que el o la hablante se halla situada en redes de relaciones y contextos sociales e históricos (Sisto, 2015). Mientras que debido al carácter dialógico del lenguaje, cualquier enunciación se puede considerar como una respuesta a “interpelaciones hechas en la red de relaciones en las que estamos involucradas” (Balasch y Montenegro, 2003, p. 46), esta sería la dimensión responsiva del lenguaje a la que hace mención Bajtin.

De este modo, epistemológicamente las PN se alejan de la noción positivista referencial del lenguaje que considera la existencia de una relación directa entre lenguaje y realidad. Y aunque reconoce del constructivismo que la realidad es construida socialmente, metodológicamente va más allá de solamente interpretar las narrativas de las/os sujetas/os desde una posición externa como investigador/a, debido que para la herramienta de las producciones narrativas (PN) el lenguaje “está en constante construcción y reconstrucción en las diferentes interacciones que se dan en la vida cotidiana” (Balasch y Montenegro, 2003, p.46). Por lo tanto las narrativas que surgen en el proceso investigativo se nutren del contexto de coparticipación entre investigador/a y participante durante la discusión del fenómeno investigado.

Bajo estas bases epistemológicas, Balasch y Montenegro (2003) desarrollan la propuesta metodológica de las PN desde la psicología social crítica, y sus objetivos van en pos de alcanzar una mayor horizontalidad entre investigador/a y participante, como también de asumir la producción de una objetividad situada. La finalidad de este dispositivo metodológico, como se mencionó anteriormente, es la creación en conjunto de un texto

narrativo entre investigadores/as y participantes, “para la cual se programa una serie de sesiones en la que ambos hablan y comentan diversos aspectos –previamente consensuados– sobre el fenómeno estudiado [...]” (Balasch y Montenegro, 2003, p. 24).

Para llevarlo a cabo, en primer lugar, después de cada sesión el investigador/a produce una textualización de las diversas ideas conversadas, no como una transcripción del diálogo sostenido, sino que estructurada como un relato con lógica argumentativa que logre dar cuenta del fenómeno estudiado. Posteriormente el relato es presentado a la o el participante para que lo corrija, amplíe la visión del fenómeno y presente aclaraciones acerca de su postura en relación con el tema o lo que quiso decir realmente. De esta forma lo que se busca no es reproducir las palabras de la o el participante, sino que el modo en el cual este/a quiere que sea leída su visión sobre el fenómeno investigado. Sin embargo, el relato no es en definitiva un texto que muestra el modo de entender o la postura del participante o la participante acerca del fenómeno, sino que se trata de un texto híbrido en el que se expresa una manera de comprender dicho fenómeno, en el cual la visión del investigador/a también interviene en la narrativa final (Balasch y Montenegro, 2003).

La textualización permite, a diferencia de una transcripción, que se presenten las ideas de forma coherente, estructuradas y desarrolladas. Así, el relato funciona como un “juego de interpretaciones y reinterpretaciones, donde se da prevalencia al carácter dialógico y situado del lenguaje, yendo más hacia el diálogo que a la interacción pregunta-respuesta” (Troncoso Pérez, Galaz Valderrama & Álvarez, 2017, p.24).

En función de lo anterior, bajo esta metodología el texto o relato resultante no se utiliza como un material empírico que debe ser sometido a análisis desde el marco teórico, sino que las mismas narrativas serán entendidas como un material teórico de conocimientos situados y parciales sobre el fenómeno estudiado. El investigador/a debe interpretar el relato desde la misma posición situada que se generaron a partir de las conexiones parciales surgidas durante el proceso de investigación (Balasch y Montenegro, 2003). De esta forma, lo importante en el tratamiento de las narrativas es mostrar cómo las conexiones establecidas entre la o el investigador y las distintas posturas de los/as participantes, en conjunto con la bibliografía teórica, permite modificar, ampliar y complejizar la comprensión del fenómeno a partir de una narrativa propia reflejada en el trabajo de investigación (Goikoetxea & Fernández, 2014).

Las producciones narrativas son convenientes para llevar a cabo esta investigación porque brindan la posibilidad de indagar no sólo en las significaciones que surgen en las personas mayores acerca de la salud mental en un contexto determinado, sino que también permite crear de manera horizontal un material dialógico que de paso a una resignificación de la problemática generando un cambio o transformación en la visión y postura en torno al propio sufrimiento subjetivo.

A continuación describo las características de las colaboradoras, el lugar y las condiciones en las cuales se construyeron las producciones narrativas, abordando también las dificultades metodológicas que surgieron en el proceso.

VI.2. Lugar de investigación

Realicé la investigación en la comuna de La Granja, ubicada en el sector sur de la Región Metropolitana, la delimitación a este espacio se debió a dos factores, el primero es que se trata de una comuna periférica de Santiago con altos índices de entrega de pensiones mínimas; y el segundo a la ventaja de conocer gente forma parte de instituciones y organizaciones de la comuna relacionadas al trabajo cultural con personas mayores, las cuales funcionaron como el principal vínculo para establecer contacto con mujeres mayores interesadas en la participar del estudio. Adicionalmente la cercanía física para acceder y movilizarse en el territorio resultó un factor importante para trabajar en esta comuna.

Las reuniones se concertaron en lugares de conveniencia para las mujeres mayores participantes, que finalmente resultaron ser en su totalidad en sus propias casas, tomando los debidos resguardos en las medidas sanitarias para evitar posibles contagios. Si bien al inicio de la investigación se tomó la decisión de desarrollar las reuniones vía online debido a las restricciones por la pandemia, esta opción se desechó por varios motivos, entre ellos, la dificultad de establecer lazos que permitan adentrarse a pasajes difíciles de las vidas de las personas participantes teniendo en consideración la arista de salud mental del estudio; las extensas jornadas de dos o tres horas de cada reunión para la co-creación de narrativas; los inconvenientes propios de una reunión online como problemas de conexión que limitan la capacidad de comunicación entre la personas investigadora y las participantes; y finalmente por la comodidad de las personas mayores colaboradoras que prefirieron la presencialidad.

VI.3. Colaboradoras

En un comienzo el proyecto de investigación contempló la opción de trabajar con tres mujeres y dos hombres mayores, pero se reformuló durante el trabajo de campo por dos grandes factores. El primero debido a los antecedentes de la investigación dan cuenta de la feminización en la cantidad de personas afectadas por el problema tratado; las mujeres mayores se ven mucho más afectadas por cuadros de depresión-ansiedad o al menos son diagnosticadas muy por sobre los hombres. El segundo factor se debe a que el porcentaje de mujeres que reciben la PBSV/PGU es mucho mayor que el de hombres, situación percibí durante la búsqueda de participantes, ya que encontrar hombres con una pensión solidaria, con diagnóstico psicológico y dispuestos a conversar de su terapia y problemas personales resultó muy complejo.

Debido a estos motivos la elección del universo de personas colaboradoras de la investigación fue conformada por mujeres mayores de 60 años residentes de la comuna de La Granja que:

- i. Recibían una pensión solidaria de vejez.
- ii. Tenían diagnóstico de un trastorno mental común (depresión y ansiedad).
- iii. Recibieron o están en tratamiento médico (psicológico y/o psiquiátrico).
- iv. Autovalentes.
- v. No institucionalizadas.

Se optó por un tamaño muestral acotado de cinco mujeres mayores ya que la propuesta metodológica de las producciones narrativas se caracteriza por un trabajo en conjunto de carácter intensivo que busca plasmar a través de un relato la visión compartida y situada acerca del fenómeno estudiado, por sobre realizar una investigación extensiva que busque generalizaciones.

Por este motivo se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual se caracteriza por “seleccionar casos accesibles que acepten ser incluidos (...) fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Otzen y Manterola, 2017, p. 230). Las colaboradoras aceptaron participar a partir de invitaciones abiertas y dirigidas debido a que cumplían con los criterios establecidos, sin embargo, entre quienes cumplían estas características no existió un proceso de selección o exclusión en virtud de buscar personas ad hoc, sino que primó su voluntad y compromiso de participar en el proceso de investigación y construcción de relatos.

Las cinco mujeres mayores participantes fueron contactadas por medio de una informante que trabaja hace 15 años en la Oficina del Adulto Mayor de la Municipalidad de La Granja, quien mantiene un trato directo tanto con organizaciones comunitarias de personas mayores de la comuna, como también de personas que se dirigen individualmente a realizar trámites o solicitudes a la Oficina.

Las dos primeras colaboradoras fueron contactadas en conjunto ya que ambas viven en un condominio del adulto mayor dependiente de la municipalidad. Luisa¹⁸ tiene 72 años, es divorciada y vive con su hija adoptiva, perdió su casa producto de un cáncer que logró superar hace unos años y fue diagnosticada con depresión endógena en su juventud. Por otra parte, Patita, que vive sola en la casa de enfrente de Luisa, tiene 69 años, es soltera y no tiene hijos, dedicó gran parte de su vida al cuidado de familiares enfermos, actualmente trabaja de forma esporádica vendiendo ropa en una feria libre cercana y fue diagnosticada con depresión por duelo.

Las tres siguientes participantes fueron contactadas individualmente, en distintos periodos de tiempo. Aurora tiene 82 años, es viuda y la conocí en su club de adulto mayor donde cumple el cargo de secretaria, vive sola en su casa y recibe una pensión mínima; fue diagnosticada con depresión después de la muerte de su hijo mayor con quien convivió por años. Susana tiene 74 años, la conocí en su club de adulto mayor, es viuda y vive sola en un departamento que pertenece al Estado, fue diagnosticada con depresión y ansiedad luego de la muerte de su madre e hija menor. Por último, Elena de 63 años, vive en su casa junto a su marido, a su hija menor y a su madre que padece de Alzheimer. Tiene una pensión básica solidaria de invalidez luego de perder la movilidad de una de sus piernas por una intervención quirúrgica en la espalda; fue diagnosticada con depresión tras perder a un hijo durante el embarazo.

¹⁸ Los nombres descritos son seudónimos creados por las colaboradoras para mantener el anonimato. Ver más detalles en el apartado VI.5. *Consideraciones éticas* de este mismo capítulo.

Nombre	Edad	Estado civil	Nº Hijos	Diagnóstico psicológico ¹⁹
Luisa	72 años	Separada	1	Depresión endógena
Patita	69 años	Soltera	0	Depresión y ansiedad
Aurora	82 años	Viuda	3	Depresión mayor por duelo
Susana	74 años	Viuda	3	Depresión y ansiedad
Elena	63 años	Casada	2	Depresión mayor por duelo

Cuadro 1. Características de las colaboradoras.

Fuente: Colaboradoras.

VI.4. Dificultades metodológicas

El trabajo en el territorio desarrollando la metodología de las producciones narrativas se dividió en dos periodos: julio de 2021 y mayo-julio de 2022. Durante el primer periodo, de confinamiento parcial, establecí contacto con tres mujeres que tenían diagnóstico de depresión-ansiedad, con pensiones mínimas y que vivían en un condominio de adultos mayores administrado por el municipio.

El primer encuentro con Patita, Luisa y una tercera mujer mayor fue grupal, en una zona de espacio común ubicada en el patio central del condominio. En esta reunión les presenté el tema de investigación de mi memoria, la pauta de discusión y las características de la técnica metodológica de las producciones narrativas. También transparenté que era mi primera experiencia utilizando este tipo de metodología participativa y les hice entrega del documento de consentimiento informado para que pudieran revisarlo antes de la siguiente reunión. Las tres aceptaron colaborar con el estudio.

El segundo encuentro fue individual, en cada una de las casas de las participantes durante el mismo día. Durante esta primera sesión de discusión aparecieron las primeras dificultades; en primer lugar, la tercera mujer mayor después de haber conversado por aproximadamente dos horas y media me confirma que no había tenido problemas relacionados con un trastorno depresivo en su vida, ni tampoco había sido diagnosticada, por lo que no podríamos seguir trabajando al no entrar dentro de los criterios de participación. En segundo lugar, la pauta de discusión²⁰ que había construido en base a responder los objetivos planteados, resultó ser muy rígida y no tuve la capacidad para discutir y negociar con ellas sobre los ejes temáticos que pudieran interesarnos a ambos/as profundizar. Y en tercer y último lugar, Patita estaba muy afectada

¹⁹ Diagnóstico que recibieron según las colaboradoras, algunos diagnósticos fueron realizados hace años (Luisa, Patita y Elena) y otros más recientes (Aurora y Susana).

²⁰ Anexo 2. *Primera pauta de discusión.*

emocionalmente por la pérdida de un ser querido y el aislamiento producto de la pandemia, por lo que fue un desafío seguir adelante con la conversación.

El tercer encuentro individual con Luisa y Patita ocurrió una semana después, y dialogamos sobre la segunda parte de la pauta de discusión que abordaba su historia terapéutica y los significados que tenían acerca de padecer depresión/ansiedad. Las dos reuniones de discusión duraron aproximadamente tres horas cada una; la conversación fue grabada en audio y también tomé apuntes en mi computador mientras conversábamos.

En el cuarto y último encuentro, les presenté el relato que había redactado a partir de las sesiones de conversación que habíamos tenido. Ambas tuvieron una muy buena recepción del escrito e hicieron muy pocas modificaciones, porque de acuerdo con sus palabras ellas no podrían haberlo escrito mejor. Por una parte, Patita solamente rectificó algunos errores puntuales sobre su biografía. Mientras que Luisa, profundizó en un par de reflexiones y me confirmó datos que no me habían quedado del todo claros. Semanas después les entregué impreso los relatos finales. En esta última reunión tuve la impresión que cuatro reuniones extensas e intensas agotaron la energía de las participantes durante el proceso, lo que significó otra dificultad metodológica.

El segundo periodo de trabajo en el territorio comienza en abril del 2022 con la búsqueda de tres colaboradores. Durante los meses de inactividad entre ambos periodos de trabajo, me cuestioné las dificultades metodológicas que había experimentado con Luisa y Patita, y busqué alternativas para corregir los errores en la comunicación y el modo de trabajo que había influido al momento de establecer un vínculo más horizontal que se viera reflejado en la relación humana y en la propia construcción de la producción narrativa.

A Susana y Aurora, dos de las últimas tres mujeres colaboradoras, las conocí a en sus respectivos clubes de adulto mayor, por medio de visitas presenciales en las que invité abiertamente a participar a quienes voluntariamente quisieran trabajar y conversar sobre la relación entre la salud mental y la pobreza en las personas mayores. Elena, la contacté directamente vía telefónica, por un dato de una de sus mejores amigas a quien yo conocía.

A diferencia del primer periodo de trabajo, en esta segunda etapa acordamos con cada una de ellas tener solo tres reuniones individuales, en lugar de cuatro. La primera sesión correspondió a un encuentro dedicado a conocernos, conversar sobre sus historias y acontecimientos significativos, para finalmente negociar una pauta de discusión flexible²¹, en el que ambas partes integramos ejes temáticos críticos en los que nos interesaba profundizar y poder plasmar en los relatos. La segunda sesión fue de conversación y discusión sobre todos los aspectos planteados en la pauta de discusión, por ese motivo fue la sesión de más larga duración, entre cuatro y cinco horas. Por último, la tercera reunión la dedicamos a la presentación del borrador del relato redactado por mí, y cuestionamos cada uno de los párrafos que la contenían, con tal de agregar nuevas ideas críticas y profundizar otras.

Los cambios y ajustes al modo de presentar y ejecutar las distintas etapas que contempla la metodología de las producciones narrativas resultaron ser útiles y enriquecieron la

²¹ Anexo 3. Segunda pauta de discusión.

participación activa de las colaboradoras en los tres últimos relatos con respecto a los primeros dos acercamientos con el método.

Algunos detalles de comunicación hicieron la diferencia al momento de poder involucrarlas más en la construcción del relato, por ejemplo, explicitar la importancia de dar a conocer sus experiencias y saberes, reiterar que su posición era de colaboradoras y no de informantes, y referirme constantemente como borrador al escrito que les presentaría en la última sesión de trabajo. También decisiones metodológicas menores ayudaron a fomentar su participación activa en el trabajo, como tomar notas en un cuaderno en lugar del computador, compartir mis experiencias con acontecimientos vitales que me afectan emocionalmente, o leer en conjunto párrafo por párrafo el borrador del relato, en vez de leerlo completamente y luego modificarlo.

VI.5. Consideraciones éticas

Debido a que la herramienta metodológica de producciones narrativas incluye un registro oral de conversaciones y experiencias personales como insumo para la creación conjunta de las narrativas, se informó de forma previa a la participación de las mujeres mayores sobre los propósitos de la investigación a través de un documento de consentimiento informado²². Este documento compromete la confidencialidad de la información y el anonimato de cada participante por medio de la creación de un seudónimo. Además se establece que la participación es voluntaria y que se puede renunciar al estudio en cualquiera de sus etapas. Por último se informa que no existen riesgos, costos ni recompensas asociadas a la participación en el trabajo de investigación.

²² Anexo n°1.

VII. PRODUCCIONES NARRATIVAS

Los siguientes relatos fueron contruidos en conjunto con Susana, Elena, Aurora, Patita y Luisa durante los años 2022 y 2021. Los temas abordados se acordaron previamente durante las primeras sesiones de trabajo; mientras que el estilo y contenido de los relatos varía de acuerdo a los intereses y el nivel de injerencia de las colaboradoras, como también de mi proceso de aprendizaje y experimentación con la metodología de las producciones narrativas. Todos los relatos fueron escritos por mí y posteriormente los presenté a las mujeres participantes durante la última reunión de trabajo. En esa instancia corregimos la información, profundizamos cada uno de los temas que tocamos y finalmente ellas decidieron un título para las narrativas y un seudónimo con el cual presentarse.

Los tres primeros relatos, desarrollados junto a Susana, Elena y Aurora, están escritos en una prosa más reflexiva y crítica, en donde las temáticas son las que estructuran y dan orden al escrito. Por otra parte, los dos últimos relatos, de Luisa y Patita, tienen un estilo más narrativo-biográfico, ya que son los sucesos vividos a lo largo de su trayectoria de vida los encargados de hilar las reflexiones sobre los temas que van surgiendo.

Cada capítulo-narrativa cuenta con dos secciones: en la primera realizo una breve descripción etnográfica del espacio y vínculo en el que se construyó cada uno de los relatos; mientras que la segunda sección contiene el relato junto a una pequeña introducción de las mujeres mayores, escrita en primera persona, que precisa algunos datos biográficos y sus motivaciones para participar en la investigación.

VII.1. *Memorias de una sobreviviente - Susana*

En mayo de 2022, después de no contar con la ayuda del COSAM de La Granja para establecer contacto con mujeres mayores, decidí buscar posibles colaboradoras en clubes de adulto mayor en distintos barrios de la comuna. Con la ayuda de una compañera de un colectivo de teatro en La Granja y funcionaria del Departamento de Adulto Mayor de La Granja, fuimos a presentar la propuesta para participar en la investigación al club Nueva Primavera, en la reunión había 9 mujeres y 1 hombre, una de ellas escuchó atentamente mi presentación y tan pronto terminé se ofreció como colaboradora. Así conocí a Susana, tiene 74 años, pero aparenta menos edad, es morena y tiene una mirada profunda que se intensifica al momento de relatar alguna anécdota o experiencia de vida. Es viuda hace más de dos décadas, tiene 4 hijos, un varón y tres mujeres, la menor falleció de un infarto mientras realizaba tareas de temporera en el sur hace un par de años atrás. Su hija mayor vive en Valparaíso y no tienen una buena relación, pero ha mejorado desde que su hija tuvo una operación en la espalda que la dejó con movilidad reducida, se llaman constantemente por videollamada. Su hija del medio vive en un condominio ubicado justo frente a su casa y se visitan constantemente. Mientras que su hijo vive fuera de Santiago y a pesar de llevarse bien, no se comunican muy a menudo.

Susana vive sola en el primer piso de un block²³ ubicado justo en el límite entre la comuna de La Granja y La Pintana. Cuando nos pusimos en contacto para juntarnos en su casa, me advirtió por teléfono que la llamara antes de llegar porque el barrio era peligroso, sobre todo para desconocidos, pero si me veían con ella no había problema porque la conocen hace años. En nuestra primera reunión, me esperó en la calle de entrada al block, en donde había tres jóvenes tomando cerveza frente a una animita dedicada a un vecino que había muerto en un tiroteo. Me hizo pasar por una puerta enrejada a su pequeño y oscuro departamento, mantenía siempre cerradas las cortinas porque no le gustaba que miraran dentro de su casa los vecinos, con quienes no se relacionaba desde que había muerto su mamá hace más de 3 años. La muerte de su mamá y de su hija menor afectaron mucho a Susana en su alimentación, ella lo definió como un periodo de mucha ansiedad, esa situación emocional la llevó a ser derivada a una psicóloga que la diagnosticó con trastorno de depresión y ansiedad generalizada.

Las tres reuniones de trabajo se desarrollaron alrededor de su mesa de comedor tomando té y mate, desde allí se podían ver fotos y peluches que adornaban el espacio y le recordaban a sus familiares. Mi primera impresión sobre ella se reafirmó hacia el final del trabajo, Susana resultó ser una persona muy enérgica, segura de sí misma, cariñosa y con una gran capacidad para expresarse oralmente.

Memorias de una sobreviviente

Junio 2022

Nací el año 1948 en San Miguel, tengo 74 años, soy viuda, la mujer mayor entre 15 hermanos y tuve 4 hijos. Recibo una pensión mínima de viudez y hace 2 años me diagnosticaron un cuadro de depresión y ansiedad. Decidí participar en este estudio principalmente para ayudar a Matías en su tesis, sé por mis nietas que es un proceso difícil. Y también por la forma de ser de Matías, su juventud y presencia; tuvo la voluntad y paciencia de ayudarnos con un papeleo en el club el día que lo conocí.

Susana, 74 años.

1. Soledad, duelos y depresión

Los estados depresivos que he pasado en mi vida no ocurren por un acontecimiento o suceso puntual, yo los definiría como un proceso que viene escalando, que aumenta progresivamente a partir de los dolores que una carga en la vida. En mi caso han sido las pérdidas lo que más me ha afectado, he perdido a muchos seres queridos en los últimos años, no alcanzo a hacer el duelo por uno y viene el siguiente.

²³ El Block es un tipo de vivienda pequeña construida en masa que busca optimizar el espacio de construcción lo máximo posible. El block es muy similar a los edificios de departamentos pero a diferencia de estos el block no tiene espacios comunes compartidos, estos edificios suelen estar ubicados en barrios pobres.

La soledad se asocia como una de las grandes causas de la depresión en los adultos mayores, yo estoy de acuerdo, porque me siento bastante sola acá en mi casa desde la muerte de mi mamá, no tengo mucha relación con los vecinos, ni tampoco soy de tener muchas amigas. Sentirme sola no implica que no tenga gente alrededor que me acompañe de vez en cuando, de hecho, sí lo tengo, mis hijas siempre están comunicándose conmigo, sobre todo la menor que vive aquí en frente, con ella nos vemos casi todos los días y está atenta a mis actividades y cosas que a veces necesito.

La primera vez que sentí una soledad enorme, que derivó en mi primer diagnóstico de depresión, fue cuando murió mi marido, hace veinticinco años aproximadamente. Él era mucho mayor que yo y cuando nos casamos empecé a vivir una vida distinta, porque en mi infancia pasé por muchas carencias económicas y familiares. Con él tuvimos un hijo, tres hijas y compramos nuestra casa en Santiago. Con el pasar de los años él se enfermó y como teníamos buena condición económica contratamos un médico particular que lo fuera a visitar de forma directa a la casa, pero a medida que empeoró el médico nos recomendó internarlo en la Posta Central. Allí no lo atendieron por falta de camas y al final lo ingresé al hospital José Joaquín Aguirre, y me hicieron firmar un pagaré por la atención.

Con esa experiencia comienza una etapa terrible en mi vida, fue un grave error haber firmado ese papel, porque yo no sabía qué era un pagaré en ese momento y tampoco me explicaron de qué se trataba. Mi marido falleció en el hospital y luego con la asistencia de un vecino abogado supe que para poder pagar la enorme deuda con el hospital iba a tener que vender mi casa. Todo fue muy rápido, en pocos meses ya no tenía donde vivir, ni tampoco trabajo. Me sentí perdida, pero siempre intenté ocultar esa pena, dolor y desesperación que significa no tener un lugar donde vivir.

Con los años fui superando esa etapa, y me vine a la casa de mi mamá acá en La Granja, ella estaba sola desde que había muerto mi papá. Entre mis hermanos y hermanas se tomó la decisión de que yo la viniera a cuidar porque era la única que no tenía una casa propia y además ella necesitaba alguien que la acompañara en ese momento que estaba delicada de salud. Cuando llegué a su casa, nos costó relacionarnos porque ella estaba acostumbrada a su independencia, a tomar las decisiones, ella era la dueña de casa. Es difícil cuando una tiene su lugar y alguien más llega a opinar y decidir cómo se hacen las cosas, los horarios o la forma de ordenar la casa.

Eso es lo que se pierde al no tener una casa propia, el poder de decisión, de autonomía y libertad como persona. Y eso influye enormemente en el bienestar de las personas, la vivienda es algo fundamental, sin comida y agua nos morimos, pero sin una casa no existe seguridad ni tranquilidad mental. Por eso yo no podría irme a vivir con la familia de una de mis hijas, a pesar de sentirme sola. Además, que estar con más gente en una

casa tampoco significa estar acompañada, una puede vivir con varias personas, pero aun así sentirse sola.

Me quedé en la casa de mi mamá y después de cinco años viviendo juntas, ella falleció. Su muerte yo diría que más que un dolor fue algo que se desprendió de mí. Allí empezó un nuevo ocaso emocional y volví a sentir una gran soledad por su partida. A esta edad se empiezan a vivir muchas muertes de gente cercana, seres queridos y familiares contemporáneos a una. Es natural, la ley de la vida, pero lo que no es normal es perder a una hija, eso es muy doloroso y es difícil de encontrarle un sentido. Pocos años después de la partida de mi mamá, murió mi hija menor y fue terrible porque fue muy repentino. Ella tenía 32 años, era muy joven, lo que más me dolió fue no poder despedirme de ella en vida, de hablarle por última vez, porque cuando llegué a verla ya la estaban velando.

Por eso digo que mi depresión se debe a etapas de duelo, no solo a uno sino a la suma de ellas, a la suma de todos estos dolores con los que una empieza a convivir día tras día. Pero considero que a mi edad se aprende a lidiar de mejor manera con el sufrimiento, mejor que en mi juventud, ahora me respeto más a mí misma y mis emociones, lloro cuando tengo ganas de llorar. Además, en todo este tiempo creo que he aprendido a hacerme amiga de la soledad.

2. Experiencia del diagnóstico y terapia

Después de la muerte de mi hija y mi mamá empecé a comer todo el día, por temas de salud tengo que comer cada 4 horas, pero no me di cuenta de que me estaba excediendo en las cantidades. Por chequeos de rutina en un consultorio de la comuna de Santiago, en el que me atiende hace 40 años, fui a la nutricionista y ella fue la primera que notó el problema porque subí mucho de peso. Yo siempre he sido gorda y acepto mi cuerpo tal y como es, porque hay gente que cae en depresión porque es gorda, porque es flaca o porque es morena, pero yo no soy así. El problema es que esta vez subí casi 20 kg en poco tiempo y estaba por sobre mi peso de toda la vida. Eso le llamó la atención a la nutricionista y ese mismo día me derivó con un médico general.

En la consulta con el médico, luego de conversar conmigo me dijo que tenía un cuadro de ansiedad y de depresión por duelo y que el aumento de peso se debía a que utilizaba la comida como una forma de canalizar la ansiedad que sentía.

Recuerdo que la primera vez que me diagnosticaron depresión, después de que murió mi marido, no fue para nada un alivio, de hecho, ese diagnóstico me tiró para abajo emocionalmente porque tenía miedo que me dijeran que tenía depresión ya que no entendía bien de qué se trataba esa enfermedad. La experiencia con el psicólogo que me atendió en ese momento fue breve, como de tres meses, con él aprendí que estos

cuadros depresivos son episodios críticos, etapas. Estoy de acuerdo con esa postura, que la depresión aparece en algunos periodos difíciles de la vida de las personas, porque no considero que desde los 47 años en que quedé viuda haya estado depresiva hasta el día de hoy.

Después de ese primer diagnóstico me dieron de alta, pero luego vino un golpe sobre otro, eso va dejando marcas y vuelve a aparecer la tristeza. Pero no considero que la depresión que yo sufrí y que me diagnosticaron sea una enfermedad grave, al menos así lo siento yo. La diferencio claramente de otro tipo de depresiones más profundas en las que, por ejemplo, las personas se intentan suicidar, pero ese no es mi caso. Entonces tendríamos que hablar de distintas formas de depresiones más que de una depresión única, a cada persona le afecta diferente.

Regresando a la experiencia de atención de mi último diagnóstico, el doctor que me atendió después de la nutricionista me preguntó si yo quería asistir a sesiones con una psicóloga para tratar el problema de la ansiedad, yo acepté y me envió con una psicóloga del mismo consultorio, desde ahí las cosas cambiaron para bien.

Mi experiencia con la terapia psicológica es excelente, tengo una muy buena relación con la psicóloga del consultorio, llevo años atendiéndome con ella y me ha enseñado muchas cosas de mí como persona, fundamentalmente a pensar en mí y mi propio bienestar. En todo el proceso de la terapia en que hemos ido conversando ha logrado sacar a la luz hasta la última piedra de mi vida, ayudándome con todas las trancas que he cargado. Me ayudó a desestructurar esa obligación maternal de cuidar a mis familiares, no solo con mis hijas e hijo, también con mis hermanos y hermanas, porque yo soy la mayor. Esa constante preocupación por todos a la larga va maltratando el ánimo, las expectativas, porque una lo da todo, pero no recibe nada a cambio. Antes yo corría por ayudar a quien lo necesitara, pero entendí que a veces tengo que priorizar mi salud física y tranquilidad mental.

Lo que más destaco de mi psicóloga es que se da el tiempo de escucharme, incluso hay días en que me cita de las últimas y conversamos más rato del que dura la consulta. Además, ella es de la comuna de La Granja, entonces conoce el barrio y cómo son las cosas acá. Es hija de feriantes así que para sacar su profesión se esforzó mucho. Ese es otro aspecto positivo, que ella en su posición de terapeuta también me habla de su vida, entonces me da confianza. Se dio una relación más de *tú a tú* que fuimos construyendo en el tiempo, porque cuando una llega por primera vez a terapia psicológica es un poco intimidante, da miedo no saber cómo funciona el tema. Pero apenas entré a la consulta ella fue muy amable, me dio la bienvenida y se presentó. Le estoy muy agradecida, porque se preocupó mucho por mí.

Durante la terapia conversamos sobre los problemas que me aquejan aparte de la ansiedad con la comida. Un síntoma molesto que tenía y que aún sigo teniendo es no poder conciliar el sueño, duermo muy mal y no descanso, o duermo a ratos, dos horas durmiendo y dos horas despierta, etc. Le conté esto a la psicóloga y al principio intentamos con yerbas, probé tomando melisa, pasiflora, valeriana, flores de Bach, pero no funcionó, y eso que yo soy muy creyente y buena para las yerbitas, pero realmente no me lograba relajar para poder descansar de buena forma durante toda la noche.

3. Experiencia con psicofármacos y alternativas

Después de conversar con la psicóloga sobre mis problemas de sueño, ella me propuso visitar a la psiquiatra, me preguntó si quería que ella también fuera a la consulta y acepté. Fuimos las dos a la consulta de la psiquiatra, mi psicóloga se encargó de darle detalles sobre el problema y finalmente me recetaron *zopiclona*²⁴, un inductor del sueño que debía tomar un comprimido por noche. En esa misma consulta la psiquiatra también me recetó *fluoxetina*²⁵, un antidepresivo que debía tomar una pastilla al día para andar más relajada. En el siguiente control me aumentó a dos pastillas de *fluoxetina* al día, en un momento llegué a tomar tres al día.

Por una parte, la *zopiclona* me ha servido bastante, me las tomo a las 10:30 de la noche, veo un poco de tele, guardo mi celular en el velador y al rato me quedo dormida, cumple su función. En cambio, mi experiencia con la *fluoxetina* fue mala, pésima. Cuando la tomaba no me sentía bien, me dolía todo, no tenía ganas de hacer nada, sentía que tenía sueño todo el día y prefería pasar durmiendo. Así que un tiempo después la psiquiatra me cambió la *fluoxetina* por otro antidepresivo, de nombre *venlafaxina*²⁶ y me ha hecho bastante bien. Me ha servido sobre todo para dejar de sentir ganas de comer todo el día, me relaja esa ansiedad que sentía.

Tampoco quiero tomar pastillas toda la vida, no creo que haya que tomarlas para siempre sino solo para el periodo en que se está mal. En un momento decidí yo misma ir bajando las dosis que consumía, pero la psiquiatra me dijo que debía ir de a poco. Lo que pasa es que me secaba mucho la boca y pensé que tal vez podía estar haciendo reacción con el cigarro.

²⁴ La *zopiclona* es un hipnótico sedante no benzodiazepínico que produce grados diversos de depresión del sistema nervioso central dependiendo de la dosis. Tiene propiedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivas y relajantes musculares.

²⁵ La *fluoxetina* es un antidepresivo de segunda generación que inhibe de manera selectiva la recaptura de serotonina. Se utiliza en el tratamiento de la depresión endógena, en el trastorno obsesivo compulsivo, en el trastorno de pánico.

²⁶ La *venlafaxina* es un antidepresivo bicíclico cuyo efecto antidepresor está asociado a su capacidad de potenciar la actividad neurotransmisora en el sistema nervioso central. Se considera que la *venlafaxina* actúa con más rapidez que otros antidepresivos y es más eficaz en el tratamiento de la depresión resistente a los antidepresivos clásicos.

Yo soy fumadora, antes fumaba hasta dos cajetillas diarias, ahora no. Solo fumo acá en la casa, en el baño, si estoy afuera o en otras casas no fumo, a veces puedo estar todo el día sin prender un cigarro. La psicóloga me dice que fumar me ayuda con la ansiedad, que me hace pésimo para los pulmones, pero que me alivia y relaja, así que fue mi elección. Ella se ríe porque también fuma.

4. Pandemia y miedos

Empecé con la terapia el 2018, después vino la pandemia y deben haber aumentado muchísimo los casos de depresión y ansiedad en las personas, no solo en los mayores. En el periodo de mayor crisis las sesiones con la psicóloga las mantuvimos por internet, a través de videollamadas, yo me conectaba con ella por el celular y conversábamos. Existe una gran diferencia entre conversar por la cámara del celular que estar cara a cara con la psicóloga o con cualquier otra persona, ya sea familiar o amigos, se pierde la complicidad, la sensación de sentirse en compañía, además que solo nos vemos la cara. A mí no me afectó tanto la ansiedad en el sentido de pensar que estaba contagiada todo el tiempo o que al más mínimo síntoma me sintiera enferma. Lo que sí me afectó fue la cantidad de noticias que había en todos los medios, eso me generaba incertidumbre y angustia, así que al final opté por apagar la tele y dormir casi todo el día.

Los primeros meses de la pandemia fueron los más difíciles, por el temor a no saber bien cómo era la enfermedad. Recuerdo que en ese tiempo me llamó mi hija y me dijo que de ahí en adelante iba a tener que quedarme en mi casa y no salir, cuidarme lo máximo posible porque tengo varias enfermedades de base. Tengo hipertensión, diabetes, soy fumadora, así que estaba dentro de toda la categoría de grupo de riesgo, no solamente por ser adulta mayor.

Pasé todos esos meses encerrada, perdí todos mis lazos sociales, amistades y también con mis familiares cercanos, estuve casi tres años sin ver a mi hijo mayor, perdí a mi hermana de cáncer durante el confinamiento, ella murió en Curicó y no pude viajar a su funeral y es algo que todavía me pesa, tengo muy pendiente ir a verla para despedirme y para cerrar mi vínculo con ella.

De vez en cuando veía a una de mis hijas por temas de abastecimiento para la casa. Aunque yo seguí yendo a comprar a la feria, que me queda aquí a dos cuadras en la calle Santo Tomás, iba bien protegida con mascarilla y harito alcohol gel, de alguna manera tenía que ir a comprar los alimentos y las necesidades de la casa.

El mayor miedo que tuve por la pandemia fue contagiarme y quedar postrada, que me tuvieran que cuidar mis hijos, eso me da terror, tener que ser una carga para ellos, por eso siempre les decía que si me enfermaba de Covid me dejaran aquí en la casa no más, que

no me hospitalizaran ni que me entubaran porque al final la gente que la entuban igual terminaba muriendo y además sufriendo. Yo no le tengo miedo a la muerte, lo único que espero es una muerte digna; mi mayor miedo es perder mis capacidades y no poder cuidar de mí misma.

Desde hace un tiempo vengo pensando que, si perdiera mis capacidades físicas, pero todavía estuviera bien mentalmente, preferiría que me internaran en un hogar de ancianos, allá habría gente que me cuidaría, sé que hay gente y gente en los hogares como cuidadores, pero prefiero que sean otras personas y no mis hijos. Porque sería un sufrimiento para ellos, tener que movilizarme, hacerme las cosas, no. Aparte que en un hogar estaría con mis pares, personas de mí misma edad, pienso que así deberían ser los cuidados de las personas mayores que pierden su capacidad de autovalencia.

5. El entorno, actividades y salud emocional

Considero que cuando vienen bajones emocionales se deben a cuestiones propias del trayecto de nuestras vidas, en mi caso pérdidas de seres queridos, duelos unos tras otros, dolores que seguiremos cargando en lo que nos reste de vida. Pero las condiciones de vida que nos toca a cada uno también significan una carga más que debemos arrastrar día tras día.

Yo lo veo, por ejemplo, en el entorno en que vivo, acá estamos catalogados como zona roja, la municipalidad no se aparece por acá, tampoco entran los carabineros. A veces tengo que convivir con peleas o balazos aquí mismo fuera de los departamentos. Aunque tengo que admitir que no siento miedo ni inseguridad, por lo menos aquí en el pasaje donde vivo, porque me conocen a través de mi mamá que vivió tantos años acá.

El problema es que tengo que vivir encerrada, porque las cosas están muy malas afuera, hay mucha inseguridad, me da miedo salir y que me asalten. Las personas buenas estamos encerradas y los malos se tomaron las calles. Antes cuando me tocaba ir al centro de Santiago aprovechaba de caminar por horas, antes de tener problemas en mi rodilla, caminaba tranquila solamente mirando los diferentes lugares. Ahora no saldría a caminar tranquila, ni siquiera en el centro, mucho menos acá, además, ¿qué sentido tiene salir a caminar acá? Para mirar puras casas, no hay ningún lugar donde se pueda disfrutar de una caminata, ni siquiera en las pocas plazas una se puede ir a relajar.

Acá en frente a mi casa hay una plaza, pero está llena de cabros más jóvenes que la ocupan para tomar o para pitear, entonces no es un lugar tranquilo para pasear, ahora ni siquiera se ven niños jugando en la plaza. Yo pienso que la municipalidad podría intervenir y crear un lugar de la plaza exclusivo para la tercera edad, sería un buen lugar para poder conversar o tener un espacio de esparcimiento. Para mantener una buena salud mental

también es más que necesario tener un ambiente grato donde vivir, donde haya opciones para distraerse, y principalmente tranquilidad.

Hoy en día ese lugar para distraerme y compartir con otras personas es el club de adultos mayores al que asisto todos los miércoles, nos reunimos y podemos hacer otras cosas aparte de lo cotidiano. Pero aparte del club no hay muchos panoramas para entretenerse en donde vivo, me gustaría que la municipalidad abriera más espacios dedicados a la entretención y el relajo, la mayoría de las actividades son cursos o talleres, y a mi edad, sinceramente, no quiero estar aprendiendo cosas. Sobre todo, cosas que tampoco son de mi mayor interés, por ejemplo, el tejido es algo que conlleva harto trabajo y a la larga te duelen las manos, muchas veces no se dan cuenta de que implica un cansancio las actividades en talleres.

No es que no quiera seguir aprendiendo, hay actividades que me llaman la atención, toda la vida he querido aprender a tocar la guitarra, pero eso implica un gasto que no puedo costear, todo es plata. Puedo inscribirme en un taller de guitarra, pero sin guitarra ¿qué hago? O en ocasiones se organizan viajes de varios días para la tercera edad, y si bien son mucho más baratos, para mí gastar \$50.000 es complicado, porque puedo gastar en ese momento para disfrutar, pero después viene la angustia, las complicaciones para llegar a fin de mes. Tendría que estar consiguiendo plata para los viajes y al final las deudas se convierten en un círculo vicioso, por eso no pido prestado y tampoco tengo grandes deudas.

6. Cuidados, machismo y pensión

Cuando conversamos sobre condiciones de vida también influye mucho la cantidad de plata con la que una tiene que vivir, y la jubilación que una como mujer recibe a esta edad tiene mucho que ver con nuestra historia laboral.

Yo trabajé muy poco apatronada y eso fue después de que falleció mi marido. A lo que más tiempo le dediqué fue al trabajo doméstico. Una como mujer está sometida desde que nace a trabajar en la casa y hacerse cargo de los cuidados de los demás, una labor que nadie reconoce y recién ahora se está hablando sobre el valor del trabajo de las mujeres en la casa.

A mí me tocó empezar a trabajar desde los 8 años como empleada doméstica para apoyar los gastos de la casa, además de dedicarme al cuidado de mis hermanos, porque yo soy la mayor entre mis quince hermanos. A veces pienso que mis problemas depresivos partieron en mi infancia, porque no tuve para nada una bonita etapa cuando niña, debido a la relación con mi papá.

En ese tiempo mi padre era alcohólico, lo que lo llevaba a ser violento con mi mamá, mis hermanos y hermanas. Mi papá se tomaba toda la plata de la familia entonces tenía que estar atenta a que no se fuera con los amigos. Yo le tenía mucho miedo cuando llegaba curado, siempre que llegaba en ese estado empezaba a pelear con mi mamá, ella nunca pudo ponerle fin a esa relación. Cada vez que peleaban él la echaba de la casa y teníamos que irnos a la casa de mi abuela, ella muchas veces tuvo que cargar con las consecuencias de estas separaciones producidas por el alcoholismo y violencia de mi papá. Una vez lo enfrenté con un hacha con la que estaba cortando leña para defender a mi mamá, tenía doce años, después de ese día le perdí el miedo.

Mirando hacia atrás creo que mi papá también sufría depresión, él cargaba con una pena muy grande porque su infancia fue terrible, tal vez por eso se dedicaba a tomar también, como una forma de olvidar. El problema es que en esos años a las personas que estaban deprimidas les decían que estaban locos, especialmente cuando eran hombres. Ni hablar de mi mamá, probablemente si hubiese vivido en la actualidad, también la hubiesen diagnosticado con depresión, con todos los problemas con mi papá, además de haber tenido y criado a 15 hijos.

Luego en mi juventud me casé y me dediqué a mi marido y a nuestra casa, él manejaba la plata, porque trabajaba fuera y después comenzó a recibir una buena jubilación, a mí solo me pasaba dinero para lo justo, las compras, la comida, etc, con esa plata yo intentaba ayudar a mi familia que no pasaba por buenos momentos. Como él era mucho mayor que yo siento que tenía enorme dependencia de él, pero creo que la dependencia era fundamentalmente por lo económico.

También fue muy machista, me hacía problemas porque me arreglaba, me pintaba, o salía a dar una vuelta, era demasiado celoso. Cuando íbamos a fiestas yo no podía bailar con nadie, pero él sí bailaba con la mayoría de las mujeres. En la casa también pasaba lo mismo, no podía haber nada sucio, ni una partícula de polvo o me lo hacía saber aun cuando yo me dedicaba por completo en mantenerla limpia y ordenada. Todo en la casa tenía que estar limpio y listo para lo que él necesitara.

Cuando mi marido murió me dolió muchísimo, pero también sentí una sensación de liberación. Meses después empecé a recibir como herencia $\frac{1}{4}$ de su pensión, que hace casi 25 años era de \$150.000 aproximadamente, por lo que yo recibía eran alrededor de \$38.000. Como mencioné, después de su muerte, perdí mi casa y al tiempo logré encontrar algunos trabajos que me sirvieron para pagar arriendos y sobrevivir como allegada.

Hasta la actualidad sigo recibiendo la pensión de mi marido, porque en este país no se pueden recibir dos pensiones. En todos estos años el monto ha subido poquísimo, con el último "aumento" de la nueva ley de Pensión Garantizada Universal pensaba que me iban

a agregar \$185.000 más a lo que ya recibía, pero al final solo me subieron como 7000 pesos. Mi actual pensión es de \$185.000, una plata que claramente no alcanza para vivir. Tampoco es realista buscar y que me den trabajo, por mi edad y por las enfermedades que tengo.

Yo siento que me merezco más, trabajé toda la vida, desde los ocho años. Si hoy no fuera por el apoyo económico desinteresado de mis hijos y algunos familiares, a veces no podría llegar a fin de mes. Nunca me ha gustado depender de los demás, porque una pierde su autonomía de cierta manera, la capacidad de decidir qué hacer y cuándo hacerlo, pero estoy muy agradecida de la ayuda que me dan.

Existe una resignación generalizada por el tema de las pensiones, yo también me siento resignada porque más allá que sienta rabia por la situación en que nos encontramos las personas mayores ¿qué se puede hacer? No voy a ir a pararme frente a La Moneda a reclamar, aunque si tuviera que sentarme a conversar cara a cara con cualquier autoridad yo lo haría, no tendría ningún problema, no tengo estudios pero tengo toda la experiencia que me ha dado la vida.

VII.2. Las vivencias de una mujer perseverante - Elena

A Elena la conocí directamente en su casa luego de invitarla a participar por medio de un llamado telefónico. Su número me lo había facilitado mi contacto del Departamento del Adulto Mayor, quien me insistió que la fuera a visitar porque estaba pasando por un mal momento emocional y que conversar conmigo podía ayudarla a desahogarse. Elena tiene 63 años, es una mujer muy creyente, tímida, de tez blanca y tiernos ojos verdes; desde hace varios años utiliza una silla de ruedas para movilizarse fuera de la casa después de una fallida operación de una escoliosis que sufría desde niña. Tiene dos hijas, pero vive con su marido, su hija menor y su mamá que padece de Alzheimer en una etapa avanzada; entre toda la familia se hacen cargo de su cuidado, pero Elena es su principal cuidadora.

Su casa, una vivienda social ampliada con un segundo piso, está ubicada en un pasaje cerrado de un sector tranquilo de La Granja, allí vive hace más de 15 años. Las tres sesiones de trabajo se realizaron en una pequeña mesa plegable en el living de su casa, que daba justo con la puerta de entrada; este espacio también funcionaba como el dormitorio improvisado con una cama clínica en la que permanecía la madre de Elena, a un costado de la cama clínica había un sillón en donde dormía Elena hace ya varios meses desde que tenía a su madre bajo su cuidado.

Durante las reuniones nos sentábamos a conversar con Elena mientras tomábamos té y comíamos galletas, en el fondo sonaba la tv prendida con las teleseries que miraba su mamá y su marido. Cada sesión duró alrededor de 3 horas, por lo que su familia se trasladaba por este espacio dependiendo del momento, en ocasiones estuvimos solos con su madre en el fondo de la habitación, a veces bajaba su hija menor estudiante de

enfermería a acompañar a su abuela, incluso en una ocasión llegó una de las nietas de Elena por parte de su hija mayor, con quien tiene una relación complicada y no vive en su casa hace ya varios años.

A lo largo de nuestro trabajo percibí a Elena como una mujer atenta, sensible y muy cariñosa, la conversación con ella fluyó de forma natural y logramos construir un relato reflexivo sobre algunos de los pasajes más difíciles de su vida.

Las vivencias de una mujer perseverante

Julio 2022

Nací el año 1958 en Santiago, en la comuna de Estación Central. Soy la tercera de cinco hermanos, tengo dos hijas y estoy casada. Vivo en la comuna de La Granja desde hace 24 años y me diagnosticaron con depresión y ansiedad. Decidí participar en el estudio por sugerencia de una amiga, me dijo que me haría bien emocionalmente. Pensé que Matías era una persona grande, mayor, y es un niño, pero muy amoroso y simpático, llega mucho a la gente porque es muy humano. El trabajo que hicimos fue como una terapia, yo no hablo las cosas con cualquier persona, ni con mis seres queridos para no darles problemas, así que conversar con Matías fue un alivio, me relajé y quedé más contenta después de cada reunión, porque tenía muchas cosas guardadas.

Elena del Carmen - 63 años

1. Recuerdos, dolores y violencia

Para entender la depresión que me ha afectado en los últimos años es necesario remontarse a diferentes etapas y episodios de mi vida. Cada una de estas además de haber marcado las rutas del camino que he recorrido, también me ha construido como persona, mi forma de ser, de ver el mundo y de resistir a los dolores que nos enfrentamos como seres humanos.

Mi infancia fue la etapa más dura y triste, en este periodo fue la primera vez que escuché hablar de la existencia de psicólogos. Soy la tercera hermana de cinco y desde que tengo memoria siempre fui muy retraída socialmente, me aislaba incluso de mis hermanos. El problema de mi niñez fue la violencia, representada en la figura de mi papá, de chica siempre vi como él golpeaba y amenazaba a mi mamá, y también a mis hermanos. A mí nunca me golpeó, pero tengo claros recuerdos de las agresiones, que guardaba un *tonto de goma*²⁷ bajo la almohada e incluso de una pistola con la que en ocasiones amenazaba a mi mamá. Mi papá era alcohólico y para él siempre estaban primero los amigos, las fiestas, entonces siempre que llegaba curado generaba peleas, aunque también hubo momentos de violencia sin que él estuviera borracho.

²⁷ Objeto de forma cilíndrica confeccionado de caucho vulcanizado, usado como arma ofensiva y defensiva en espacios rurales y urbanos.

Recuerdo que cuando ocurrían estos episodios violentos me daban taquicardias, por el miedo y el nerviosismo. En una oportunidad mi papá encerró a mi mamá en una pieza y fui a carabineros a denunciarlo, se lo llevaron, pero al tiempo volvió. Todo esto terminó años después cuando mi mamá se separó de él, pero es algo que me dejó marcada para siempre, hasta ahora no puedo ver personas borrachas, me genera rechazo.

Por eso digo que mi infancia fue triste, además de los problemas en mi casa, la escuela tampoco fue un lugar de escape, no tenía amistades, no participaba en clases, me aislaba de mis compañeros en la sala y en los recreos. Me daba vergüenza, aún no logro entender bien qué y por qué, pero sentía mucha vergüenza de hablar y participar. Por este motivo una profesora que se preocupó por mí fue a conversar con mis papás para que me llevaran con un psicólogo, ya que ella decía que no era normal que me aislara tanto. Pero eso no pasó, mi papá echó de su lugar de trabajo a la profesora esa vez y no dejó que mi mamá me llevara porque eso hubiese implicado que ella dejara de ayudarlo en su trabajo como sastre. Mi inseguridad me acompañó a lo largo de toda mi etapa escolar y puedo afirmar que también durante toda mi vida, hasta aproximadamente los 50 años en que me convencí de que debía realizar un cambio profundo en mí, por mis hijos.

Poco años antes de este cambio, viví la experiencia más dolorosa de mi vida, en ese momento tenía dos hijas y estaba embarazada de seis meses de mi tercer hijo. Mi hija menor estaba en el colegio y mi hija mayor hace un tiempo se había ido de la casa, lo que me había causado mucha pena y dolor. Lo peor de todo fue enterarme que ella también estaba embarazada, eso me destrozó, me sentí profundamente defraudada de ella porque yo trabajé para que no le faltara nada, me preocupé de su educación para que fuera profesional, le enseñé de educación sexual como a mí no me habían enseñado, todo para que no tuviera que vivir lo que yo viví. Además, su pareja no era una buena persona y no le entregó su apoyo en ese momento. Sentí que había fracasado como mamá porque tenía otra expectativa de la vida de mi hija mayor.

La noche siguiente de saber la noticia del embarazo de mi hija empecé a sentirme muy mal, transpiraba tanto que me caían las gotas, estaba nerviosa y tenía el presentimiento que me iba a morir. Le pedí a gritos a mi marido que me llevara al hospital, en plena madrugada empecé a pedir ayuda a los vecinos del pasaje, hasta que finalmente una vecina me llevó en su auto al Hospital Padre Hurtado. Lo que ocurrió los días siguientes no lo recuerdo, me internaron de urgencia, pero ya era tarde, todo terminó con la pérdida de mi hijo. Fue un dolor muy grande, me costó mucho aceptar su muerte, hasta el día de hoy me sigue doliendo y es un sufrimiento que me va acompañar toda la vida.

2. La terapia psicológica y psiquiátrica

Estuve tres meses hospitalizada en la UCI después de la pérdida de mi hijo, durante ese tiempo el hospital me asignó a un psiquiatra para tratarme, fue mi primera experiencia con terapia. Las primeras sesiones con él fueron mientras yo seguía hospitalizada, iba día por medio a visitarme y conversábamos sobre lo que había ocurrido. Con él me enteré de lo que había pasado, mi marido tuvo que decidir entre mi vida y la de mi hijo, y rogaba que no quería perder a ninguno de los dos. Siempre que lo recuerdo digo con satisfacción que tengo un buen marido, que tuve buena suerte en encontrarlo.

Cuando salí del hospital, la terapia con el psiquiatra continuó, tenía cita con él una vez por semana, estuve deprimida por mucho tiempo. Lo que más me afectaba era ver mujeres embarazadas en la calle o mujeres con sus guagüitas, me generaba muchas emociones: angustia, pena, dolor, rabia... Ese fue el principal problema que me trató el psiquiatra, tuve una buena experiencia con él, me daba buenos consejos y se entregaba mucho al paciente. Como parte del tratamiento de mi depresión me recetó pastillas, fue la primera vez que consumí psicofármacos, pero finalmente tuve que dejar de tomarlos porque dejé de ir a terapia. Estuve tres años en tratamiento psiquiátrico, pero no me dieron el alta, yo me di el alta sola, porque no podía seguir yendo todas las semanas al hospital. Entré a trabajar y cada vez se me hacía más complicado asistir, no me daban permiso, así que simplemente dejé de ir.

Me dije a mi misma que debía superarlo yo sola, que esa pena no me la podía ganar, todo esto ocurrió cuando tenía 44 años. Después de unos años empecé a sentir mucho estrés y dolores con todas las preocupaciones y responsabilidades que tenía, tanto estrés que colapsé psicológicamente y tuve que volver a la terapia con el mismo psiquiatra. Lo primero que me dijo fue “¿por qué dejó de venir si yo no le di el alta?”. Ahí estuve un tiempo en tratamiento, pero a los meses dejé de ir nuevamente.

Mi segunda experiencia con terapia fue con una psicóloga que tuve en el Hospital San José, después de una operación a la columna. De niña sufro de escoliosis, aún recuerdo cuando una doctora le dijo a mi mamá que yo iba a terminar en silla de ruedas y así fue. Tuve varias intervenciones en la columna, que no tuvieron buen resultado, finalmente perdí toda la movilidad de la pierna izquierda y parte de la derecha. Debido a esas operaciones estuve varios meses en el hospital con tratamiento kinesiológico y psicológico. La psicóloga que me atendió tuvo un excelente trato conmigo, se sentaba y conversábamos durante largo rato. La recuerdo especialmente por los métodos que usaba en su terapia, ponía música relajante y me hacía cerrar los ojos, empezaba a imaginar que pasaba una luz que recorría todo mi cuerpo, fueron muy placenteros esos ejercicios para el momento que estaba pasando, me ayudó a sanar.

Cuando me dieron el alta en el Hospital San José retomé mi vida y poco a poco volví a trabajar. Después de que mi mamá se separó volvió a trabajar en el área de la salud,

donde siempre había trabajado, pero ya hacía esos años su salud se había deteriorado mucho. Mi hermano se había hecho cargo del cuidado de ella y no teníamos una buena relación por lo que no me dejaba verla, cuando iba a visitarla solamente podía mirarla desde la puerta de entrada. Esa situación me angustiaba demasiado, soy una persona muy sensible y cuando veo sufrir a alguien yo también sufro mucho. El problema se me hizo insostenible a nivel emocional y hace cuatro años decidí pedir hora en el área de salud mental del consultorio, de ahí me derivaron con una psicóloga y luego con un psiquiatra.

Esta psicóloga del consultorio ha sido la mejor profesional con la que me he atendido, ella no es chilena, debe ser de algún país de Centroamérica por su acento y tenía un particular encanto, fue muy dulce en el trato conmigo. Recuerdo que al comienzo de la terapia no podía expresar mis problemas y sentimientos, así que ella decidió empezar a contarme también sus problemas, me dijo “de esa forma nos desahogamos usted y yo”. Y así fue, el que ella se abriera conmigo para contarme su vida generó una conexión entre ambas y me hizo confiar en ella, lo que al poco tiempo permitió que yo pudiera desahogarme. Me dolía mucho lo que estaba pasando con mi mamá, lloré en la consulta y ella me dio una agüita y me dio unos pañuelos para que me secase. Fue muy humana conmigo.

La terapia con esta psicóloga generó muchos cambios en mí, fundamentalmente con el problema de inseguridad que acarreé desde muy pequeña. Ella me recomendó participar en distintos talleres que realizaba la municipalidad y también en el club de diabéticos. Empecé a participar y esa experiencia me cambió muchísimo, me abrí con las personas de los talleres, empecé a conversar, socializar, a sentir más confianza en mí misma, conocí a más gente y con ello sus historias de vida, sus problemas, dolores, y al conocer los dolores de los demás, una puede comprender que a veces los propios son muy pequeños en comparación con lo que otras personas han vivido. Eso te da otra perspectiva de las cosas.

Además, me ayudó bastante en mi autoestima el aprender de los cursos y actividades que se desarrollaban en los talleres, aprendí a pintar cuadros, a tejer macramé y también entré a estudiar en cursos que impartían clases de electricidad, repostería y peluquería. Fue una bonita etapa, la actividad social me hizo sentir que crecí mucho a nivel personal y emocional, pero llegó la pandemia y todo se detuvo.

En este periodo también me estuve atendiendo con un psiquiatra del consultorio, la relación con él fue bastante extraña, de altibajos, había días en que me trataba de forma muy amorosa, y otros en el que era muy distante y cortante. Pero al parecer así es su personalidad, es como se dice popularmente un poco lunático. La experiencia con él resultaba un poco monótona, su labor consistía en revisar los informes que le entregaba la

psicóloga sobre mi estado en su computador y a partir de su lectura se disponía a subirme o bajarme las dosis de las pastillas que estaba consumiendo.

3. Experiencia con los psicofármacos

Mi experiencia con el consumo de psicofármacos comienza después de la pérdida de mi hijo, me los recetó el primer psiquiatra que me atendió durante mi estancia en el hospital. Al principio tomaba *clonazepam*²⁸ para dormir en las noches y unas pastillas antidepresivas en el día, no recuerdo cuál era el nombre de esas pastillas, pero me hicieron muy mal. Cuando las tomaba me sentía muy alterada y nerviosa, incluso hacía que se me trabara la lengua, por ese motivo decidieron cambiarme el medicamento.

Como alternativa de este primer fármaco antidepresivo, me recetaron *sertralina*²⁹, con la cual tuve buenos resultados. Tomaba de una a dos pastillas al día y me subía el ánimo, sentía que me llenaba de energías para hacer los quehaceres diarios, andaba más despierta. Por naturaleza soy un pájaro nocturno, en las noches es cuando me siento más cómoda realizando actividades de cualquier tipo, probablemente por la tranquilidad. Entonces la Sertralina me ayuda un poco a llevar esa energía en el día, noto rápidamente cuando olvido tomarlas porque me baja el ánimo y no me da ninguna gana de hacer todas las obligaciones que tengo.

Por las noches seguí consumiendo clonazepam, estuve con ambos medicamentos durante los tres años que duró el tratamiento psiquiátrico. Este último me servía bastante para calmar la ansiedad diaria, apaciguar las ganas de comer y también a descansar por las noches, pero soy enferma crónica, tomo muchas pastillas y hay días en que se me olvida tomarme alguna. En la casa, mi familia se da cuenta cuando no me tomo el clonazepam, porque me pongo irritable y me altero con facilidad, cuando pasa eso mi hija menor me dice “mamá otra vez se te olvidó tomarte las pastillas”. Algunas veces cuando me da mucha ansiedad en el día me tomó una mitad de clonazepam para calmarme, pero procuro no hacerlo muy seguido ni que se convierta en un hábito.

Después que dejé la terapia por problemas de tiempo en el trabajo, sin tener el alta médica, también dejé de consumir de golpe las pastillas, en ese momento me dije a mi misma que tenía que poder salir adelante sola, que no me podía ganar la depresión. Alcancé a estar dos o tres años sin consumir ningún psicofármaco, nunca me automediqué porque para comprar estos medicamentos se necesita la receta que entrega

²⁸ El clonazepam es un fármaco perteneciente al grupo de las benzodiazepinas que actúa sobre el sistema nervioso central, tiene propiedades ansiolíticas, sedantes-hipnóticas, anticonvulsivas y relajantes musculares.

²⁹ La sertralina es un antidepresivo perteneciente al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tiene efectos antidepresivos y ansiolíticos y se utiliza clínicamente para el tratamiento de la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, el trastorno por déficit de atención y la fobia social.

mensualmente el psiquiatra. Durante este periodo las obligaciones me sobrepasaron y empecé a sentir muchos dolores, el estrés fue demasiado. Lo peor de todo fueron las jaquecas, me daba un dolor insoportable en la cabeza o más precisamente era un dolor que sentía en el cerebro. Y con los dolores también volvieron a aparecer problemas emocionales, angustia constante, decaimiento, falta de ánimo y ansiedad, fue tanto que me daban ganas de salir arrancando de la casa.

Hace cinco años, cuando regresé a terapia psicológica y psiquiátrica en el consultorio, me volvieron a recetar los mismos dos medicamentos; clonazepam y sertralina. Hasta hoy los sigo tomando, pero no me gusta la sertralina, por más que me de energías, siento que en algún momento debo dejar las pastillas y superar esta etapa, porque finalmente las pastillas son drogas. Por eso mismo soy precavida con su consumo, intento no acostumbrarme ni tampoco tomar más de las dosis prescritas, solo en casos de emergencia, pero en bajas cantidades. La adicción a este tipo de medicamentos es un tema serio y lo conozco de cerca por una de mis hermanas que las necesita, no puede dejarlas, se desespera y anda siempre buscando o consiguiendo. Yo soy consciente del consumo para no llegar a la condición a la que cayó mi hermana con el clonazepam.

4. Sufrimiento, depresión y medicina

La sociedad actual le atribuye mucha importancia a la felicidad, entonces estamos en una búsqueda constante de esa ansiada felicidad, de alejarnos de los dolores con los que cargamos. Pero gran parte de la vida además de darnos alegrías también nos hace sufrir mucho, porque siempre aparecen problemas y tenemos que hacernos cargo de ellos. En ocasiones podemos sobrellevar los dolores de la vida, pero el problema surge cuando el sufrimiento es tan grande que llegamos al límite, explotamos y muchas veces nos cuesta pedir ayuda y aceptar que no estamos bien, que no estamos siendo felices.

Yo sufro mucho porque soy muy sensible, es mi forma de ser, sufro al ver que otros pasan por malos momentos, me da mucha tristeza ver a la gente llorar, por eso tiendo a cargar con más de lo que puedo. Y emocionalmente me afecta de muchas formas: angustia, dolores en el cuerpo, nerviosismo, alteración y problemas de memoria. Otro síntoma que tengo y que me han tratado en terapia son los ataques de pánico, me han ocurrido en situaciones particularmente angustiantes y que me causan temor. En otras ocasiones también me ha pasado que pierdo el conocimiento, mi mente queda en blanco, me desorienta y no sé para dónde marchó ni dónde estoy parada.

Por todos estos problemas me dieron un diagnóstico de trastorno depresivo con ansiedad y me hundié anímicamente, fue como caer en un hoyo. En general todos los diagnósticos médicos me deprimen y he tenido varios en mi vida, además de la depresión tengo

hipertensión, problemas a la columna, diabetes, asma y fibromialgia crónica. Y es algo que se repite con cada uno de los diagnósticos y también con las intervenciones. Después de la operación a la columna quedé con temor, me han llamado para operarme de las manos, pero no quiero ir, ¿qué pasa si pierdo la movilidad de las manos?

Muchas veces las situaciones relacionadas con el área de la medicina me provocan ansiedad y me deprimen, algunos médicos me comentan el cómo algunas de mis enfermedades están estrechamente relacionadas con el sistema nervioso, pero ¿qué puedo hacer?, soy así nerviosa desde niña y no puedo decirle a mi sistema nervioso que no se altere, porque pasa todo lo contrario, me pongo más nerviosa.

Considero que mi problema de depresión y ansiedad no tiene una única causa, sino que se debe a varios factores que se relacionan entre sí: los acontecimientos y etapas difíciles que marcaron mi vida; mi personalidad y forma de ser; y también las condiciones de vida en las que me tocó vivir. Hay días en los que me siento como si tuviera 100 años, con poca energía, pero con el pasar de los años pienso que he adquirido algunas fortalezas para soportar esta etapa, no muchas, pero las tengo. Como digo, sé que es una etapa y debo superarla.

El psiquiatra que me atiende actualmente dice que para poder sanar depende exclusivamente de una misma, de estar dispuesta a generar cambios, y en mi caso particular aprender a no tomar los problemas míos y de los demás tan a pecho, pero creo que eso no lo puedo cambiar, soy así.

5. Los cuidados: entre la obligación y la satisfacción

Yo siempre estoy para todos, pero cuando yo los necesito no están. Es algo que me ocurre seguido y es uno de los aspectos que he conversado durante las terapias, la necesidad de aprender a respetarse, mi psiquiatra me dijo una vez “usted no se quiere a sí misma, piensa en todos los demás, pero no en usted”. Y es cierto, es así, creo que esta situación me afecta, pero no importa, yo me preocupo de los demás por cariño y de corazón, no por esperar algo a cambio.

Es difícil de explicar, porque es una obligación social que tiene una como madre y mujer, el estar al tanto de sus seres queridos y cuidarles, pero yo siento que no lo hago obligada. Las personas no tienen la obligación de retribuir la preocupación, el tiempo y cariño que les entrego, aunque admito que me gustaría que de vez en cuando si ocurriera, de forma natural, que simplemente nazca de los demás.

Lo que sí me afecta emocionalmente es la expectativa que tienen los demás sobre mí, que siempre tengo que estar disponible para lo que necesiten, me da rabia y pena. Mi

hermana, por ejemplo, me llama por teléfono y en ocasiones estoy ocupada, pero no me cree y tengo que estar justificándome cuando necesito tiempo para mí y mis cosas. Cuando pasa eso siento que mis necesidades, ocupaciones y aficiones fueran secundarias, que mi deber consiste en priorizar el atender los problemas que tienen otras personas. Pero si les atiendo es porque así lo deseo y porque son gente que quiero, cuando la preocupación nace de mí es algo que disfruto y me reconforta.

Desde niña que siento satisfacción por cuidar de los demás, a los nueve años empecé a cuidar a unos niños de una familia vecina a escondidas de mis papás, después esta familia me quería llevar a otra ciudad que se iban para que les siguiera cuidando a sus hijos, pero mis papás no lo permitieron. Ya de adulta trabajé unos años cuidando niños y niñas en mi casa, fue una etapa hermosa porque siempre fue mi sueño ser parvularia o profesora, que de cierta forma lo cumplí cuando estuve trabajando en un jardín infantil y una escuela.

Cuidé y crié a mis hijas, a algunos sobrinos y a mis nietos y nietas, un trabajo que hasta hoy sigo realizando. Y en estos últimos años también empecé a hacerme cargo de los cuidados de mi mamá, que con mucho esfuerzo logré que llegara a mi casa para preocuparme de sus necesidades y mantenerla saludable. Me da mucha pena verla deteriorarse día a día, pero le doy gracias a Dios de que mi mamá esté aquí conmigo y de poder cuidarla, siento que es una forma de agradecerle todo lo que ella hizo por mí.

6. Condiciones materiales y angustia cotidiana

Creo que el aspecto socioeconómico, como mencioné anteriormente, es una de las causas de mi problemas emocionales, no es la única, ni tampoco es la que me dejó las huellas más terribles, pero si es una dificultad constante, que me va angustiando día tras día lentamente.

Tengo una pensión de invalidez desde los treinta años por mis problemas a la columna, en ese tiempo recibía entre \$20.000 y \$30.000, y tal y como es hoy era muy poca plata para vivir tranquilamente. Lo principal era en primer lugar, la alimentación de mis niñas, eso no podía faltar, mi marido y yo nos las arreglábamos como podíamos. En segundo lugar, la vivienda, que para nosotros siempre fue algo fundamental porque es la base, es la mínima seguridad que se necesita para existir.

Cuando nos llamaron a recibir nuestra casa, teníamos que estar obligatoriamente mi marido y yo para firmar, pidió el día en el trabajo para venir, pero al otro día no se lo reconocieron, y lo despidieron. De ahí en adelante todo se puso aún más difícil, porque él nunca logró encontrar nuevamente un trabajo constante. Así que nos la arreglábamos como podíamos, entre sus trabajos esporádicos, mi pensión y otros trabajos que realicé,

principalmente vendiendo cigarros, pan amasado, nueces y otras cosas en un kiosco que nos había facilitado la municipalidad.

La cosa no es muy distinta hoy en día, sigo con mi pensión, ahora recibo entre \$140.000 y \$200.000 dependiendo del mes y las bonificaciones, pero el coste de la vida también ha subido, y siempre van surgiendo más necesidades y preocupaciones en lo económico. Soy enferma crónica y a pesar de atenderme en el sistema público tengo que gastar mucho dinero mensualmente en comprar mis remedios que no son baratos, al menos en la farmacia municipal los precios son más bajos y eso me ha ayudado. También tenemos que costear todos los implementos básicos relacionados con el cuidado de mi mamá: pañales, remedios, cremas, gas para la calefacción, entre otros, doy gracias a que una fundación me ayuda con parte de esos gastos para mi mamá.

Vamos envejeciendo lentamente y es algo a lo que le tengo miedo. Como mencionaba, para nuestra familia la vivienda siempre fue lo fundamental, pero a medida que se va envejeciendo el contar con una casa no te garantiza nada, nunca se sabe quién se hará cargo del cuidado de una en sus últimos días. Todo recae en asilos particulares que en su mayoría no tienen buen trato y funcionan más bien como un lugar donde las familias llevan a los mayores para abandonarlos y despreocuparse del problema que les significa cuidarles ellos mismos. En ese contexto ¿cómo no tenerle miedo a llegar a vieja?

Hoy mi marido y yo recibimos pensiones de invalidez y vivimos en gran parte a partir de ese dinero porque no tenemos trabajos constantes. Algo han subido estos últimos años las pensiones, no es mucho, pero de todas maneras lo agradezco, porque es duro no tener para pagar lo necesario para el día a día, es algo agobiante emocionalmente. Finalmente, una opta por priorizar lo más esencial, los remedios primero, por ejemplo, pero de esa forma hay meses en los que hay que dejar de comprar lo necesario por lo esencial.

VII.3. La angustia de un recuerdo - Aurora

Conocí a Aurora en una reunión de su club del adulto mayor en una sala al interior de una capilla católica, ella cumplía las labores de secretaria y cuando me presenté buscando mujeres que quisieran participar no despegó su mirada del papeleo que debía terminar de revisar y firmar. Al término se acercó de forma vacilante a contarme que ella estaba pasando por una etapa de depresión y que si me interesaba podía contactarla y reunirnos en su casa que quedaba a solo un par de cuadras de la capilla. En este primer encuentro noté en su rostro y comportamiento que cargaba con una gran tristeza, debido a esta pena y decaimiento fue difícil al principio coordinar nuestros tiempos, de hecho tuvimos que posponer algunas reuniones ya pactadas.

Aurora es una mujer de 82 años, alta, de pelo canoso y de una mirada firme en la escucha y perdida cuando recordaba el pasado. Hace tres años, después de la muerte de su marido y la trágica pérdida de su hijo mayor cayó en una profunda depresión de la que aún no logra recuperarse. Vive sola con su perra poodle en su casa ubicada en una avenida principal del sector sur de la comuna de La Granja, se caracteriza por una hermosa ave del paraíso en el antejardín, ya que es una aficionada a la jardinería. En la primera reunión dedicada a establecer las temáticas que íbamos a tratar en la investigación la sentí con pocas ganas de participar, como si se arrepintiera de haber aceptado.

Todas las reuniones tuvieron lugar en su mesa de comedor; en el rincón más apartado mantenía el documento de consentimiento informado firmado, sus apuntes de las reuniones, sus medicamentos y las recetas médicas, de las que me ponía al tanto cada vez que nos juntamos. Desde allí se podía observar un cuadro de su hijo mayor sonriendo, al que Aurora miraba cada vez que hablaba de él. Su casa tenía dos pisos y un patio trasero, si bien Aurora recibe una pensión mínima, me relata que no tiene grandes problemas económicos ya que heredó un taxi que puso en arriendo con el cual recibe un ingreso mensual. Aurora es muy reservada en hablar de su familia cercana, pero me confiesa que tiene 3 hijos; además de su hijo mayor fallecido, uno vive en Estados Unidos y el otro en Santiago que visita regularmente.

A medida que fueron pasando las reuniones sentí que su ánimo e interés en el trabajo fue creciendo, sobre todo durante la construcción y posterior lectura del relato, en el que participó activamente realizando modificaciones tanto de datos puntuales como también en su redacción y estilo.

La angustia de un recuerdo

Mayo 2022

Tengo 82 años, nací en Champa, pero vivo en la comuna de La Granja desde hace casi 40 años. Soy viuda, tengo tres hijos hombres y me diagnosticaron depresión el año

pasado. Cuando conocí a Matías lo encontré muy niño, no parecía ser estudiante universitario, pero mi decisión de participar fue por ayudarlo a terminar su carrera, porque yo cumplía con todos los requerimientos que él buscaba.

Aurora de Lourdes, 82 años

1. Los problemas de ser mayor: soledad, autonomía y discriminación.

Cuando se llega a ser mayor cada vez estamos y nos sentimos más solas, aunque no siempre es así, hay casos y casos. Hay quienes viven con sus familias en la misma casa hasta que fallecen y tienen compañía y cuidados, como también hay quienes de un momento a otro quedan en soledad. Mi caso es este último, vivo sola hace pocos años atrás, antes vivía junto a mi marido y uno de mis hijos, pero hoy ya no están conmigo.

Unos meses atrás no creía sentirme sola, ya que por más que estoy sola en mi casa, cuento con el apoyo y compañía habitual de mis familiares y de mi perrita Chili que vive conmigo y me acompaña en los días que me siento triste. Pero durante este otoño me di cuenta de que realmente estoy sufriendo por mi soledad en la casa, me vienen bajones emocionales, especialmente en los meses más fríos que tienden a ser más tristes y nostálgicos.

Junto con el problema de la soledad considero que hay otros problemas que nos afectan bastante a las personas mayores: como la pérdida de autonomía, de libertad y sufrir de algunos prejuicios y estereotipos que tiene la gente hacia los mayores. Muchas veces ocurre que a una la infantilizan o la tratan con pinzas, pero en situaciones así de discriminación positiva o cuando me tratan diferente solo por ser mayor, prefiero beneficiarme antes que molestarme. Por ejemplo, cuando tengo que ir a hacer trámites salgo con mi bastón, aunque no lo necesite, porque así me hacen avanzar, me atienden más rápido y no tengo que hacer filas. Existen esas dos formas de reaccionar ante la diferenciación que hacen con las personas mayores, hay quienes se molestan porque las tratan diferente u otras que prefieren que les traten con distinción. Yo no me hago problemas, sino al final una termina afectada anímicamente.

Respecto al problema de la libertad e independencia, al menos en mi familia yo mantengo mi autonomía y poder de decisión. Eso es algo muy significativo para mí porque puedo conversar entre iguales con mis hijos sobre las decisiones de mi presente y mi futuro, mi palabra vale y no me infantilizan por la edad que tengo.

Por eso, a pesar de sentirme sola, sigo viviendo en mi casa, porque este es mi lugar y me siento cómoda. En varias oportunidades mi hijo, que vive en Santiago, me invitó a vivir con él y su familia en su casa, pero no he aceptado hasta ahora porque perdería mi libertad, tendría que estar bajo las decisiones que tomen los demás y en los tiempos que

ellos determinen. Yo soy muy friolenta, cuando voy de visita a su casa me da frío temprano y no puedo dictaminar que la estufa esté prendida todo el día como lo hago acá en mi casa. Puede parecer algo menor e intrascendente pero finalmente son esas pequeñas cosas cotidianas donde se refleja la libertad de poder tomar mis propias decisiones, a mi propio ritmo.

Las personas mayores somos vistas como cacho, yo lo noto cotidianamente en el trato con la gente, pero considero que eso no es un fenómeno propio de Chile, sino que ocurre en todos lados, la sociedad avanza y nosotros vamos quedando relegados. El tema es que debería ser el Estado el que se haga cargo de las personas en su vejez, de su salud física y mental, de su bienestar material y por sobre todo que no nos falte un lugar donde vivir y de garantizar nuestro cuidado en las últimas etapas de la vida.

El problema es que acá hay pocos programas de apoyo, hay mucha gente mayor que no cuenta con una vivienda fija o que necesita de atención en un hogar de ancianos, pero resulta muy difícil acceder a ellos, porque los hogares particulares hoy en día están muy caros. El Estado no se hace cargo con un espacio de cuidados gratuitos y de calidad, entonces sigue siendo un privilegio para algunos, y eso es algo propio de este país. En otros países, a pesar de la discriminación, se garantizan ciertos derechos para la tercera y cuarta edad.

Esa percepción de sentirse un cacho ocurre también producto de la modernización y los avances tecnológicos de la sociedad. Una situación personal que ilustra este problema ocurre al tener que pagar las cuentas de los servicios básicos de la casa, porque desde hace años las compañías de luz y agua envían los recibos por internet. Piensan que todas las personas saben y se manejan en internet. He ido en varias oportunidades a reclamarles a los funcionarios lo mismo, que dejen anotado que necesito que me manden los recibos en papel para la casa, que vivo sola, pero nada, siguen sin llegarme. Dan por hecho que si una no se maneja en internet tiene que andar pidiendo ayuda a los hijos u otra gente, molestar a los demás para poder pagar algo que es propio. Entonces ese tipo de cosas van desgastando. Entre que nos desgastamos, nos intentamos adaptar y en cierto sentido nos resignamos también a vivir este tipo de situaciones.

2. Derechos fundamentales y salud mental

Al discutir sobre la relación que existe entre el acceso a derechos fundamentales y la salud mental de las personas mayores considero que lo más importante de todo es tener una pensión digna, eso es lo fundamental para poder vivir de forma tranquila y por lo tanto saludable. Porque cuando no alcanza para existir comienzan a aparecer preocupaciones que después se transforman en enfermedades. Producto de la

desigualdad, la gran mayoría de la población mayor necesita acudir a seres queridos para que les apoyen económicamente.

Yo recibo mi jubilación por haber trabajado durante años, no es una pensión solidaria, pero aun así recibo el monto mínimo. No puedo quejarme ya que además tengo un auto que compramos para la casa antes de quedar sola, lo arriendo como taxi y obtengo un ingreso adicional, entonces, gracias a Dios, me alcanza para lo que necesito, comida, luz, agua, calefacción y salud.

Mis ingresos me permiten vivir tranquila, el que una reciba una pensión baja no significa necesariamente pasar necesidades, también influyen más factores, la pobreza se puede medir de distintas formas. Por ejemplo, un derecho muy importante para medir la precarización de las personas mayores es el acceso a vivienda, es algo básico y necesario para subsistir. Yo tengo mi casa hace más de cuarenta años y eso hace una gran diferencia, no me imagino a esta edad no tener un lugar donde vivir, sin autonomía, ni libertad y con una preocupación constante por no tener lo propio.

Después el acceso a la salud es otro factor importante a nuestra edad, resulta ser uno de los servicios más deficientes y caros acá en el país y no me refiero solamente a las consultas sino también a la compra de medicamentos. Yo tengo la fortuna de poder atenderme sin problemas, cuando necesito atenderme con algún especialista pago una consulta en un centro médico particular, y como no tengo mayores problemas de movilidad, puedo ir yo sola a los distintos lugares a atenderme. Lo que sí agradezco bastante es que vivo cerca del hospital Padre Hurtado, a solo unas cuantas cuadras en locomoción que pasa fuera de mi casa. Entonces eso me facilita mucho el acceso a la salud pública que es donde me atiendo habitualmente, entre el consultorio y el hospital.

Otro factor importante para gozar de una buena salud mental es el entorno, el barrio donde vivimos, porque si se está día y noche inseguro o con temor a salir, vivimos constantemente asustados y eso no es para nada saludable. Aquí en el sector donde vivo es un lugar tranquilo hasta ahora, comparado con otras partes, ningún vecino se mete con nadie, no hay peleas ni discusiones, menos en estos tiempos donde todo es más impersonal, con suerte una le dice a los vecinos hola, buenos días y nada más.

Por eso estoy agradecida del lugar donde tengo mi casa, sobre todo teniendo en consideración que la delincuencia ha aumentado mucho en el país. Hace cuarenta años cuando me entregaron la casa no tenía rejas, luego tuvimos que ponerle y aun así una vez intentaron entrar a robar. Hay un clima de inseguridad que se ve reflejado todos los días en las noticias: asaltos, portonazos, narcotráfico, etc. Por lo menos acá en esta avenida eso no ocurre tanto, yo sigo saliendo a caminar tranquilamente, aunque obviamente tomando las debidas precauciones, dejo el celular y otras cosas de valor en la casa, así no llamo la atención y tampoco pierdo mis cosas en el caso que me pase algo.

3. El malestar: temores, preocupaciones y pandemia

Aparte del miedo a la delincuencia también existen otros temores con los que convivo a diario, pensamientos recurrentes en la cabeza de escenarios futuros, que se amplificaron muchísimo en el periodo de pandemia. Al remontarme a ese momento de crisis puedo decir que yo sí viví el encierro, porque durante muchos meses pasé totalmente encerrada en mi casa, no salía para no entrar en contacto con otras personas. Andaba con alcohol gel por todos lados y tomaba mucha distancia cuando tenía que salir.

La vida cotidiana cambió bastante con la llegada del virus, los panoramas en el exterior que disfrutaba hacer los dejé de realizar porque el temor de contagiarse sigue siendo alto hasta hoy, porque como se dice somos parte de un grupo de mayor riesgo, más en mi caso que tengo más de ochenta años, entonces se extreman las medidas de seguridad.

Yo me cuido fundamentalmente por el miedo a enfermarme y que nadie me pueda cuidar, es un temor que creció durante la etapa de crisis por el COVID, pero que siempre está allí. Siempre le pido a Dios que me cuide, porque siento que sería un problema para mi familia, para mis hijos, el que yo no pueda cuidar de mí y tengan que hacerse cargo ellos de mi salud.

Otro miedo recurrente es que me pase algo aquí sola en la casa y que nadie se entere a tiempo, que nadie pueda entrar a ayudarme. Me da mucho temor perder la memoria, he sentido últimamente que me olvido de algunas cosas. Un nieto kinesiólogo me contaba que esos olvidos que me vienen de vez en cuando no se deben a problemas relacionados con el Alzheimer, sino que son olvidos normales que ocurren al traspasar de una habitación a otra, que el umbral tiene una estrecha relación con la memoria. Pero esos tipos de temores empiezan a rondar en la cabeza día a día, principalmente en esta etapa de la vida y al vivir sola.

Yo vivo doblemente angustiada y asustada por las noticias, una por la realidad propia y dos porque las tragedias que les ocurren a otras personas también las recreamos y finalmente las sentimos. Ahora dicen que se viene esta nueva enfermedad contagiosa, la viruela del mono, que ya llegó acá. Al final dejé de ver tantas noticias en la tele, porque además de temor hay dolor. Me ocurrió que hace unos días vi una noticia de una mujer que la atropellaron junto a su hijo pequeño, el niño tristemente murió, fue algo muy doloroso para mí. Desde mi perspectiva el niño ya partió y está en un buen lugar, descansando, pero me pongo en los zapatos de su mamá, de su papá, el sufrimiento que deben estar sintiendo. Cómo poder sobrellevar ese dolor, porque los que quedan viviendo son los que deben cargar con la pena y el sufrimiento.

4. El sufrimiento de una pérdida inconcebible

Perdí a mi hijo hace dos años por un aneurisma cerebral, en plena pandemia, vivía con él hace más de diecisiete años. Teníamos una muy bonita relación, nos llevábamos muy bien, siempre estaba preocupado de que no me faltara nada. Mi marido había muerto unos meses antes que mi hijo, entonces en poco tiempo pasé de vivir con los dos a vivir sola. La diferencia es que mi marido ya quería irse, quería descansar porque estaba sufriendo con la enfermedad que lo aquejaba, entonces fue más comprensible, en cambio perder a un hijo sano de un momento a otro es muy diferente.

La muerte de un hijo no se la doy a nadie, es un dolor muy grande porque ninguna mamá está preparada para una situación así. Con la pareja nos ponemos en ese escenario, en donde uno de los dos va a fallecer antes, es algo natural, pero con un hijo ni siquiera una quiere que esa posibilidad ronde por su cabeza, es algo impensable.

Su partida fue tan repentina que todavía me cuesta aceptarla, teníamos muchos planes para hacer juntos, un montón de viajes, habíamos comprado el auto nuevo y todo quedó inconcluso. Incluso nuestra relación siento que quedó inconclusa, es lo que más me apena y angustia, no haberle dicho te quiero hijo, quedé en deuda. Nuestra generación demuestra cariño de otras maneras, con las acciones y gestos, así fuimos criados, de forma más fría, pero a veces es tan necesario verbalizar a la otra persona que uno la ama, son palabras que hacen falta y hay que hacerlo en vida. De todas formas, yo sé en el fondo que él sabía lo mucho que lo quería, pero su muerte es algo que nunca podré aceptar del todo, es algo con lo que debo cargar y aprender a vivir los años que me resten de vida.

Al perder a mi hijo mayor me embargó la tristeza, la rabia y la depresión. Después de todas las pérdidas de seres queridos que he tenido a lo largo de mi vida, siento que no soportaría una más. A esta edad me siento más frágil y vulnerable que antes, si llegara a perder a otro hijo me muero, pero tampoco quiero que me pase nada a mí, porque ellos también sufrirían, por eso siempre me piden que me cuide.

5. Diagnóstico, terapia y depresión

Después de un par de días de este episodio, me atendí en el consultorio con un médico general, él me dijo que por lo que yo había pasado necesitaba que me atendiera con una psicóloga y dijo que en el consultorio había una disponible. Yo acepté y me recibió ese mismo día.

La psicóloga que me atendió en el consultorio tenía alrededor de unos cincuenta años y dijo que se trataba de una etapa de duelo que tenía que aprender a sobrellevarlo, no me habló específicamente de que tenía depresión, pero no me gustó la experiencia con ella.

Me habló de una manera muy brusca, como que ella lo sabía todo, que la vida era así y que tenía que aceptar lo que me pasó. No me sentí para nada escuchada ni respondía a mis dolencias de ese momento tan duro. Esa fue la primera sesión y también la última con ella. Quedó de llamarme en los siguientes días para seguir con la terapia, pero nunca más me llamó, aunque si me hubiese llamado tampoco habría ido.

Mi segunda experiencia con una psicóloga fue poco tiempo después, uno de mis hijos me la recomendó para que siguiera la terapia. Esta segunda psicóloga que me atendió era muy jovencita y tierna, tuvimos varias sesiones, una por semana, me hizo escribir una carta a mi hijo y fue quien me dijo que estaba pasando por una etapa de depresión.

El problema de esta segunda terapia fue que eran por internet, a través de Zoom, entonces no generé un buen vínculo con ella. Era muy unidireccional la conversación que manteníamos, yo era quien hablaba y contaba mis cosas y ella por otro lado nada más escuchaba y me aconsejaba. El problema es que sus consejos no me hacían mucho sentido, porque era demasiado joven, entiendo que es una profesional y tiene estudios en el tema, pero no ha vivido lo que viví yo, no tuvo la pérdida que yo tuve, por lo tanto, nunca va a entender lo que yo siento.

De todas maneras, en ese momento yo sentí que me había ayudado, que había asumido el dolor y la partida de mi hijo, entonces finalizamos la terapia. Pero la verdad es que no es así, lo dije más que nada porque quería terminar con el tratamiento, ya no quería seguir teniendo esas sesiones por el celular, no me hacían sentido, además que por su número de celular supe que ella me llamaba desde EE. UU, que no vivía acá.

Después de todo esto sigo con problemas, dolores y angustias que no se han ido del todo. Mareos, dolor en la garganta y en el estómago, ganas de gritar, llorar, tengo pena y rabia, quiero morirme... pienso en por qué se fue, lo único que me consuela es que Dios se lo llevó y no quedó acá con secuelas, porque yo no podría haberlo cuidado bien.

Pienso que esta depresión se me tiene que pasar, pero pasan los días y resulta que no pasa. Este otoño me vino nuevamente un bajón emocional grande, mayo me ha traído muchos dolores, lo que quiero es vivir mi vida tranquila, acordarme de mi hijo, pero estar en paz con su partida, no sé quién me va a dar la solución o el remedio para superar esta difícil etapa. Lo que me ayuda es llorar, me hace sentir más aliviada porque expulso esa pena de dentro, aunque sea por un par de días.

¿Es la depresión una enfermedad? Me lo he preguntado porque las enfermedades son resultado de una alteración biológica, algo que funciona mal en el cuerpo y que necesita de tratamiento médico. Pero las personas con depresión que he conocido en su mayoría han sido provocadas por eventos difíciles propios de la vida: separaciones, duelos, etc. Eventos que se podría decir que son naturales, que forman parte de lo normal.

Yo misma he superado varios de ese tipo de sucesos y allí hago una diferencia. Existen depresiones y depresiones, todos los dolores que mencioné son superables con el debido tiempo y tratamiento psicológico o psiquiátrico, por eso, porque surgen de acontecimientos que ocurren casi siempre en la vida de las personas. Pero el caso de perder a un hijo resulta un sufrimiento inconcebible, va contra la ley de la vida. No sé si lo podré superar, hoy en día no lo veo posible, pero con el tiempo quién sabe.

Más allá de establecer si la depresión es o no una enfermedad, lo importante para mí es que clasificarla como tal permite que haya un tratamiento, una contención, una ayuda. Por más que yo haya tenido malas experiencias con mis psicólogas, hoy estoy decidida a buscar ayuda psicológica nuevamente, pero esta vez tiene que ser frente a frente, no por internet, no quiero una terapia impersonal. También espero que en el consultorio no me vuelvan a enviar con la misma psicóloga que me atendió por primera vez, porque si ese es el caso simplemente no iré.

6. Consumo de pastillas y alternativas

Mi relación con el consumo de psicofármacos comenzó durante la pandemia, en ese periodo de mayor confinamiento vinieron a la casa varias doctoras, probablemente como un monitoreo de rutina en las casas que vivían personas mayores. En ese tiempo mi hijo se vino a quedar unas semanas conmigo, porque estaba muy deprimida y además estaba teniendo unos dolores insoportables en el estómago. Él las llamó para que me siguieran visitando, vinieron cuatro noches en total, no tengo memoria de cómo fue la situación porque olvidé muchos recuerdos de ese tiempo, pero me recetaron un antidepresivo de nombre fluoxetina, de ese nombre sí que no me olvido.

La fluoxetina me hizo muy mal, me la debía tomar a las nueve de la mañana todos los días. Cuando despertaba estaba bastante bien, me levantaba, iba al baño, me lavaba, tomaba desayuno, pero luego me tomaba la pastilla y me desplomaba, no podía levantar los brazos, caminar o conversar, quedaba totalmente dopada. Fue una experiencia terrible.

En esa condición lo único que hacía era estar en la cama, sin ninguna energía, apenas podía moverme. Mi hijo se preocupaba de que me las tomara todos los días, pero al final yo misma decidí suspenderlas, porque me hacían muy mal. Me las habían recetado así no más, no hubo un seguimiento, de los efectos o de las dosis, nada, como fue en el peak de la pandemia y yo estaba en cama no pude seguir el tratamiento en el consultorio.

A partir de esa experiencia me empezó a dar miedo ir al psicólogo porque me podían derivar a psiquiatra y de ahí nuevamente a tomar pastillas. Hoy si me las vuelven a recetar

no me las tomaría, porque si voy a tomar un remedio es para que me haga bien. Hace unos días pillé la caja de las pastillas acá en la casa y las boté a la basura.

Como los problemas al sistema digestivo siguieron provocándome malestares me hice varios exámenes para descartar otras causas. Pero todos han salido normales, de hecho, un médico general y mi geriatra me afirmaron que los dolores que tengo se deben a problemas emocionales que afectan el sistema nervioso. Así que me mantengo tomando un medicamento que se llama *tensoliv*³⁰ y he tenido muy buenos resultados, me ha servido bastante para los dolores de estómago.

También para la parte emocional consumo regularmente infusiones de Agua del Carmen³¹, una amiga siempre me la está recomendado, me dice que me va a hacer muy bien y que funciona. Yo me la tomo, pero no sé si me hace bien, se supone que ayuda y relaja, pero no lo sé realmente. No me gustan mucho las aguas, yo solamente soy de tomar té. Pero si algo tengo claro es que las yerbitas son menos dañinas así naturalmente, a diferencia de los medicamentos que tienen más probabilidades de generar efectos secundarios. Aunque finalmente los medicamentos también están hechos de sustancias naturales, Dios creó todo lo necesario para que los humanos nos mantengamos con buena salud.

7. La fe y otras formas de sanación

Yo soy una persona creyente y la fe ayuda mucho a sobreponerse a las situaciones complejas de la vida. Asisto regularmente a la iglesia cercana a mi casa, pero durante la pandemia la comunidad se alejó, mucha gente de las congregaciones falleció, entonces hubo una desintegración que se mantiene hasta hoy. Justamente en ese periodo comenzó esta etapa difícil en mi vida y no logré tener de forma oportuna la ayuda espiritual de un sacerdote y eso me ha pesado en lo emocional.

De mis hermanas de la iglesia si he tenido ayuda, que en su mayoría son mis vecinas, fuera de la iglesia son vecinas, pero dentro de ella son mis hermanas. Ellas sí me han apoyado mucho, me escuchan, me hablan, me dan palabras de aliento y tratan de ayudarme de cualquier manera a salir adelante, pero es difícil. Lo importante es que han estado ahí para mí cuando las necesito. El problema ha sido con los de arriba, con los sacerdotes, que han ido rotando y no se han hecho el tiempo de acercarse a mí. Por eso hace unas semanas solicité nuevamente su ayuda y confío en que vendrán.

³⁰ El tensoliv es un medicamento antiespasmódico indicado como coadyuvante en el tratamiento de úlcera péptica y síndrome del intestino irritable

³¹ El Agua del Carmen es un licor y remedio popular utilizado en España desde el inicio del siglo xx. Está compuesto por esencias de melisa, limón, romero, menta, clavo, raíz de angélica, nuez moscada y canela con un 55% de etanol. Se utiliza tradicionalmente para el alivio de estados nerviosos, estrés, insomnio, malestares gástricos y dispepsias nerviosas.

La comunidad de la iglesia funciona como un espacio de apoyo y contención social fundamental para quienes somos parte de ella, siempre estamos atentos y atentas a quienes pasan por malos momentos y sufren, es algo muy recíproco. Oramos por todas las personas enfermas de la comunidad, ya sea en misa, desde nuestras casas y ahora con la pandemia también a través de WhatsApp, existe una preocupación constante.

Si bien estoy de acuerdo con la ayuda que ofrece la medicina para tratar los problemas emocionales y psicológicos, también considero que estos no son patrimonio exclusivo de la psicología o la psiquiatría, desde su área pueden ver el dolor desde lo que plantea la medicina y es necesario. Pero también existen otras formas de encontrarle sentido al sufrimiento de la vida, para mí conversar con un sacerdote puede ayudarme a hallar otros caminos, a mirar desde una perspectiva más espiritual, que es diferente, pero también muy necesaria.

VII.4. Biografía de una mujer triste - Luisa

A Luisa la conocí dos años antes de empezar mi memoria en una reunión con su grupo de teatro del adulto mayor en el Centro Cultural Espacio Matta de La Granja, al poco tiempo ella se retiró y yo seguí en el grupo. Volvimos a tener contacto por medio de una amiga en común del teatro, ella me contó que Luisa había tenido un diagnóstico de depresión y recibía una pensión mínima de vejez. Por medio de una llamada grupal mi amiga me puso en contacto con tres mujeres de un condominio del adulto mayor, entre ellas estaba Luisa y Patita, con quienes finalmente terminamos trabajando en conjunto.

Luisa es una mujer de 72 años, de baja estatura, pelo corto y canoso que siempre anda acompañada de su hija; su negrita. En apariencia su rostro serio guarda relación con su fuerte personalidad, como reconoce ser ella misma, pero no hace honor a su ácido sentido del humor que hace muy agradable su compañía.

Vive en una pequeña y acogedora casa al interior de un condominio que antiguamente pertenecía al Hogar de Cristo, hoy pertenece a la Municipalidad de La Granja y está destinado a entregar un hogar en comodato a personas mayores que no cuenten con una vivienda propia y tengan una situación económica precaria. Las reglas para su entrega imponen que solo vivan personas mayores en los hogares, sin hijos, ni familiares que no sean sus parejas; éstas pertenecen a quienes la habitan hasta que fallezcan. Luisa es una excepción, vive con su hija adoptiva que tiene una condición de discapacidad intelectual, ambas reciben una pensión mínima con la que logran llegar con lo justo a fin de mes. El condominio cuenta con siete casas y un espacio común en el centro, alrededor de un jardín y huerta; la primera reunión grupal, donde presenté las características de la investigación fue en ese lugar.

Las siguientes reuniones individuales las realizamos al interior de su casa, en su mesa de comedor, junto a nosotros siempre estuvo su hija, que escuchaba nuestra conversación en el sillón sin intervenir, salvo cuando ayudaba a Luisa a recordar algunos episodios de su vida en donde ella estuvo. Luisa se emocionó mucho con haber construido un relato en el que cuenta su biografía y sucesos dolorosos, confesó que era su sueño dejar por escrito su vida para que en el futuro pudieran leerla sus seres queridos.

Biografía de una mujer triste

Julio 2021

Nací el año 1948 en la ciudad de Chillán, tengo 72 años, soy divorciada y tengo una hija adoptiva. Fui diagnosticada con depresión endógena a los 24 años y actualmente recibo la pensión garantizada universal mínima. Quise ser parte de esta investigación por dos grandes razones, la primera fue para poder hablar de un episodio que me ocurrió en mi vida del que nunca antes había hablado con alguien, para poder desahogarme. Y la segunda razón fue para ayudar a Mati, a quién había conocido años atrás en mi grupo de teatro en La Granja.

Luisa, 72 años.

1. Breve recorrido por mi vida

Soy la mujer mayor entre 10 hermanos, crecí en el campo y mis padres trabajaban la mayor parte del tiempo en el fundo, no tenían mucho tiempo para los hijos e hijas. Por ese motivo estuve forzada a asumir desde pequeña el rol de cuidadora y a realizar las labores domésticas, por este motivo no fui a la escuela, ya que tenía que cumplir con mis obligaciones en el hogar. Podría decir que mi niñez no fue tan bonita, por una parte fue linda porque vivía en el campo, pero por otra había poco alimento y comodidades que hoy son básicas.

Así transcurrió mi vida hasta los 14 años, a esa edad me solicitaron, por medio de mis padres, trabajar sirviendo en la casa patronal del fundo donde vivíamos, pero yo no estaba de acuerdo, no quería seguir viviendo allí, por eso decidí escaparme de la casa.

Un día bien temprano en la mañana salí hacía el terminal de buses y partí a Concepción, después a Valparaíso. Estuve un corto periodo de tiempo allí, mi familia no sabía nada de mí, hasta que regresé a mi casa. Después de discutirlo con mi mamá y papá, me dejaron ir a Santiago, ya que una amiga me había hablado de un trabajo en la capital.

Llegué a Santiago el año 1968, a trabajar de empleada doméstica en Vitacura. Gran parte del dinero que recibía lo enviaba a mi familia en el sur, sabía que con tantos hermanos y hermanas era complicado el aspecto económico para mis padres. Seguí aportando desde lejos, siempre pensando en ellos y su bienestar.

De esta época son los primeros recuerdos que tengo de sentirme deprimida. Cuando acababa la jornada de trabajo me encerraba en mi habitación a llorar, extrañaba mucho a mi familia porque solo tenía la oportunidad de ir a visitarlos una vez al año. La soledad era la que me causaba angustia, porque además de la lejanía de mis cercanos, yo tampoco era una persona amistosa, no tenía amigas acá en Santiago, solo era mi trabajo en el día y por las noches mi soledad. En ese momento no conocía la palabra depresión, ni tampoco sabía por qué me sentía así, ¿era la separación y la soledad? Hoy después de muchos años puedo decir más abiertamente que la causa de mi dolor era la culpa.

2. Abuso, culpa y primera experiencia médica

Un hombre abusó de mí cuando era niña, ese es el origen de mi angustia. Me costó mucho asumir el daño que me hicieron, incluso me demoré años en mencionarlo en terapia, porque me sentí responsable de este episodio toda mi vida, como si hubiese sido mi culpa, fue una constante contradicción. En mi interior sabía que era inocente de lo que

me habían hecho, pero esa visión chocaba con lo que me decía gente cercana a la que me atreví en esos años a relatarles lo ocurrido.

Tengo bien marcadas en la memoria las palabras de consuelo que me dieron dos personas a las que quería mucho. Mi mamá me dijo: “eso siempre pasa en todas las familias, y lo mejor para todos es callarlo y olvidarse”, eso me dolió muchísimo y siempre le guardé rencor a mi madre por no apoyarme. A una amiga que también tuve el valor de contarle me respondió que “para qué te preocupas si las mujeres nacimos para eso”. Entonces me guardé ese dolor, no lo hablé nunca más. Solo pude superar en parte ese sufrimiento cuando la persona que me hizo tanto daño murió, me sentí liberada, pero eso ocurrió cuando yo ya estaba vieja.

La primera gran crisis emocional que tuve fue en 1973, mientras trabajaba en Vitacura. Con el Golpe de Estado, el miedo, la angustia y la incertidumbre se apoderaron de mí, además del llanto que era habitual, mi cuerpo empezó a temblar, no quería hablar, ni hacer nada, solo dormir. Los síntomas empeoraron hasta tal punto que mi patrona decidió llevarme al hospital. Por mi mente pasaba la idea de no volver a ver a mi familia nunca más, escenarios catastróficos, me sentía atrapada e insegura porque quería estar allá en el campo con mi familia, pero al mismo tiempo no quería volver.

Durante esa crisis sentía que me iba a morir de pena, de verdad lo pensaba. Al llegar al hospital me atendió un médico general y recuerdo claramente que me diagnosticó depresión endógena, dijo que por ese motivo siempre iba a tener que estar en tratamiento, por toda mi vida. Yo sin saber mucho le pregunté qué significaba la depresión, él respondió “es una pena muy grande que tienes en tu corazón y mente, si no la tratas es grave”. Me recetó una pastilla, creo que era un antidepresivo y se llamaba *silenta*³² o algo parecido, no recuerdo bien porque fue hace muchos años.

El doctor finalmente me derivó con una psicóloga, con ella estuve en terapia cuatro meses aproximadamente, pero no fue de gran ayuda. En ese tiempo no sabía que el tratamiento psicológico consistía solamente en conversar, y desahogarme hablando realmente no me servía con mi dolor y síntomas que provocaba. Por eso duré poco con la psicóloga del hospital.

Así fue mi primer acercamiento médico relacionado con mi problema psicológico, yo le digo así, pero ¿es un problema o una enfermedad? La verdad es que en ese momento lo asumí como una enfermedad y aún lo sigo creyendo. No voy a mentir que sentirme enferma me tiró más para abajo que para arriba emocionalmente, pero al menos el

³² No encontré referencias a un psicofármaco de nombre Silenta, probablemente Luisa se refería a la doxepina comercializada como *Silenor*. La doxepina es un antidepresivo tricíclico del tipo dibenzoxepina que se utiliza para el tratamiento del insomnio, la depresión y/o ansiedad.

medicamento que me dieron logró calmar un poco mi estado ansioso y dejé de tener crisis.

3. Depresión, alcoholismo y esperanza

Después de mi primera experiencia con psicoterapia vinieron años más felices, dejé el trabajo en Vitacura y empecé a trabajar en la cafetería de un hotel, allí conocí al hombre con el que al poco tiempo me casé. Con los años se acabó el trabajo en el hotel y nos hicimos cargo del cuidado de una casa patronal en Paine, allí empezó nuevamente mi calvario.

Empezamos a tener problemas debido al trauma que arrastraba con los hombres, al tiempo me enteré de que mi marido me era infiel, además que siempre se iba de fiesta con sus amigos varios días a la semana y yo me quedaba sola. Era una situación insostenible, pero todo fue peor aún cuando supe que tenía una hija con otra mujer, después de esa noticia regresaron todos los síntomas de la depresión, día y noche me la pasaba llorando. Volví a visitar a distintos médicos que me recetaron pastillas, pero opté por el alcohol.

Esa fue la forma que encontré para lidiar con el dolor y la pena que sentía en ese momento, tomaba los tragos más fuertes posibles; pisco, ron, whiskey... con esto los medicamentos pasaron a segundo plano, porque el alcohol me hacía olvidar y mejoraba mi ánimo. Así fue todo el periodo en el que tuve que seguir soportando el sufrimiento de convivir con mi marido sabiendo que tenía otra familia. Hasta que toqué fondo, supe que me había convertido en alcohólica y que tenía que pedir ayuda para salir del hoyo en el que estaba.

En esos años, sumida en la depresión, quedé embarazada. Fue como si la felicidad volviera de golpe a mi vida, ser mamá era el sueño de mi vida, pero no duró mucho, a los 3 meses caí al hospital y perdí a mi guagua. Fue un embarazo tubárico, tuvieron que operarme y mientras seguía internada escuché la historia de una bebé abandonada por su madre, me tocó mucho el corazón.

La bebé desapareció del hospital, pero a los 6 meses recibí una llamada en la que me contaron que la habían regresado. Sin pensarlo dos veces empecé los trámites para adoptarla junto a mi marido. Los médicos discutían mi decisión ya que no le daban más de 2 años de vida a la niña porque había nacido con problemas congénitos, yo les dije solamente Dios puede saber cuánto vivirá. Vendí mi casa en el sur, que había comprado años antes, para poder pagarles a los abogados que hicieron el proceso de adopción, porque mi mayor anhelo era tener una hija. Al año y dos meses me entregaron a mi niña.

Y meses después de su llegada me separé de mi esposo, porque a pesar de nuestra hija, todo seguía igual. Un día le dije: se acabó, tienes que irte de la casa; él aceptó y se fue porque ya tenía otro hogar. Toda la vida me he arrepentido de esa decisión, mi más grande error fue haberle pedido que se fuera. Esperaba que él se negara, pero, al contrario, aceptó rápidamente como si no le importara. Después de ese episodio mi angustia y depresión aumentó mucho, tomaba amitriptilina a diario, pero fui fuerte y no volví a tomar alcohol nunca más. Me aferré a mi hija, mi negrita, la razón de mi vida. Hoy tiene 30 años y sigue a mi lado.

4. Terapia psicológica

Creo que aprendí a vivir con mi depresión, con ese trauma y dolor que cargo desde pequeña. La terapia psicológica en parte me ayudó a crear una coraza, un escudo con el que me defiendo, desde los 24 años aproximadamente empecé a construirlo, a poner cara de chora en la calle, a insultar a los hombres que me tiraban piropos, a tener un carácter fuerte. Porque cuando más joven temblaba del miedo a que hubiese hombres cerca de mí, en la micro o en la calle, que me tomaran y me llevaran a algún lado, esa idea me paralizaba.

Pero la verdad es que con la terapia no todo fue color de rosas, habré visitado a unos diez psicólogos y psicólogas a lo largo de mi vida, y puedo afirmar que no me gustan, porque no me han ayudado mucho, por lo menos a mí no me sirve el simple hecho de conversar con otra persona, independiente de los consejos profesionales que puedan dar. Al final se agarran de lo que uno les conversa, podría ponerme a inventar cosas y aún así me seguirán la corriente.

Solo hubo una excepción con una psicóloga que me ayudó mucho, estuve en tratamiento con ella más de un año y la experiencia fue muy distinta porque realmente me escuchaba, cuando terminaba la terapia salía con más ánimo, mucho más positiva, no cambié un 10%, cambié un 100% con ella. Lo que pasa es que ella me trataba en un consultorio en el barrio alto, donde trabajaba yo en ese tiempo, pero cuando me vine a vivir a La Granja ya no se me hacía sencillo cruzar todo Santiago para ir terapia, así que no fui más.

En el consultorio de acá la atención es muy diferente, hay mucha más gente esperando, cambian a los psicólogos siempre, cada vez que voy me atiende uno distinto, y parece como si todos tuviesen un discurso aprendido, es un trámite, no escuchan. En el barrio alto los consultorios son como una clínica privada, acá son como hospitales públicos. Está claro que existe una desigualdad radical en Chile en muchos aspectos de la vida, el acceso a salud no está realmente garantizado, sino que depende mucho de tu situación

socioeconómica y también de la suerte.

5. Cáncer: el acceso a la salud y la vivienda

Hace seis años me diagnosticaron cáncer en tercer grado, fue como una sentencia de muerte, tres meses estuve en cama en una profunda crisis emocional. Perdí mi trabajo puertas adentro, no tenía dinero para seguir pagando el dividendo, no sabía dónde íbamos a vivir con mi hija. Tuve la oportunidad de comprar dos casas a lo largo de mi vida, la primera la vendí para adoptar a mi hija, no me arrepiento, pero perder mi segunda casa fue una experiencia traumática.

Pagué la casa durante diez años sin falta, me faltaban menos de 2 millones de pesos para terminar cuando me atrasé en los pagos por los problemas de salud que no me permitieron seguir trabajando y el banco finalmente la remató. Fue tan doloroso quedar en esa situación, fue un abuso del Estado, porque fue el mismo Banco Estado el que la remató. Cuando echan a la calle a una persona no miran nada, ni quién es, ni su familia, ni dónde va a vivir, nada. Sin casa, sin trabajo y con cáncer... no me avergüenzo de decir que estuve al borde del suicidio, llegué al lugar y me arrepentí al último momento.

A pesar de todo tuve suerte, el tratamiento del cáncer fue muy rápido a diferencia de lo que viven otras personas que esperan una hora en la salud pública. Como en ese tiempo estaba trabajando en La Reina, y la salud allá es más valorada, me enviaron del consultorio directo al Hospital Cordillera y al mes me operaron, el Plan Auge costó todo el tratamiento, operación, quimioterapia y radioterapia. Lo más complejo fue el transporte, para llegar a la quimioterapia además de caminar bastante me tenía que ir en micro a Mapocho, muchas veces lloviendo. De La Granja a Santiago todos los jueves, me hubiese gustado tener plata, aunque sea para haberme venido de vuelta un día en taxi.

Pero además de la suerte, también está la ayuda de Dios, Él me dio la fortaleza y tranquilidad emocional para soportar la terapia y finalmente para vencer la enfermedad. El 2018 me dieron de alta, y un año después la municipalidad me dio una casa por el resto de mi vida, eso me trajo mucha paz, el tener un lugar donde vivir con mi hija sin la preocupación de perderlo, me da un poco de tranquilidad, es una angustia menos, una grande. La vivienda debería ser un derecho para todas las personas, sobre todo para los adultos mayores, que necesitamos tener un techo donde podamos terminar nuestros días.

6. Miedos y pandemia

No puedo negar que la angustia regresa de vez en cuando, siento un dolor y mi cabeza empieza a funcionar: ¿no habrá vuelto el cáncer? Los pensamientos me empiezan

a dar vueltas y vueltas, sobre todo cuando no me tomo las pastillas para dormir, pienso en el futuro... qué va a ser de mi hija en esta sociedad tan estigmatizadora, discriminadora. Me duele que hagan diferencias con mi hija.

Ahora ya desconfío, la enfermedad existe sin dudas, pero desconfío de las estadísticas que dan. Por eso ya no veo televisión, no quiero ver noticias, solo sirve para angustiarse y atemorizarse, sobre todo los adultos mayores. Uno piensa qué día me toca a mí, si salgo me puedo contagiar, me puedo morir, se está en un constante miedo a la muerte. Además, no logro entender las medidas de restricción que toman, ponen en cuarentena una comuna y la quitan en una colindante, ¿qué significa eso? ¿no podemos cruzar la calle de unas cuadras más allá?

Me he sentido enferma por COVID no sé cuántas veces, días que me dolía la garganta, después la cabeza, me tomaba la temperatura y no tenía fiebre, me enfermé del estómago... me hice una endoscopía y nada. Al final entendí que se trataba del sistema nervioso, un psiquiatra me lo corroboró, me dijo, es tu mente la que te hace eso.

7. Psiquiatría y psicofármacos

Tomo pastillas para dormir desde que tengo 60 años y nunca más las dejé: empecé con *alprazolam*³³, ahora tomo clonazepam, a medida que pasan los años los psiquiatras van cambiándome los medicamentos y regulando las dosis. Lo mismo con las pastillas antidepresivas, partí tomando amitriptilina cuando tuve la primera crisis, con el tiempo me pasé a la fluoxetina y ahora último estoy tomando sertralina.

La relación con los psiquiatras es más impersonal, por lo general siempre están detrás del computador, no te miran a los ojos y de ahí te hacen las preguntas. Cuantas pastillas tengo que tomar, por cuántos días, que vuelva en tantos días para ver cómo sigo, aquí está la receta y eso es todo. Una vez un psiquiatra me dijo: “¿Bueno, querí’ mejorarte o te quieres morir?”, “las dos cosas” le dije yo.

Por otra parte, mi experiencia con las pastillas a final de cuentas ha sido más buena que mala, ninguna me ha hecho mal, solo que algunas van dejando de hacerme efecto, por eso me las van cambiando.

Me bajan y me suben las dosis, ahí me mantengo, en el caso del clonazepam me ayuda a mantener tranquila la cabeza y descansar de buena manera. Con la sertralina me enfoco,

³³ El alprazolam es un ansiolítico de la familia de las benzodiazepina de duración intermedia (24 hrs), produce grados diversos de depresión del sistema nervioso central, dependiendo de la dosis. Se utiliza para los estados de ansiedad y las crisis de pánico con o sin agorafobia.

me ayuda a centrarme en el día a día, así que finalmente me ayudan a soportar el malestar y las crisis que a veces me vienen.

De todas formas, tengo claridad que las pastillas generan adicción, son una droga, y yo me considero una adicta porque no puedo estar sin ellas. El tema es que prefiero ser adicta a las pastillas que ser adicta al alcohol. El alcohol es dañino, muy dañino, me acostumbré a la droga de las pastillas porque no son tan perjudiciales para la salud, no me generan efectos secundarios. El psiquiatra de Salud Mental del consultorio ya accede a mi petición de pastillas para dormir, porque él sabe que si no las tengo puedo volver al alcohol. Aprendí la lección de tomar únicamente los medicamentos que me recetan en el médico, porque antes tenía la costumbre de automedicarme a partir de los consejos de otras personas, hasta que me enfermé, así que después de eso nunca más.

Ahora las pastillas las compro en una farmacia comunitaria, el ahorro es como de un 80%. Por ejemplo, el clonazepam en una farmacia de las grandes cadenas vale \$15.000 y en la farmacia comunitaria sale \$3.000. Todo lo que ahorro en pastillas puedo ocuparlo en ir a médicos particulares, psiquiatras particulares, ya me aburrí de pedir hora al consultorio. Es una buena iniciativa este tipo de farmacias, porque sacando la cuenta, entre mi hija y yo gastamos una parte significativa de nuestras pensiones solamente en salud.

8. Vejez y jubilación

Hoy tengo 73 años, hay días que me pregunto ¿por qué tengo las piernas cansadas si no he caminado tanto?... acuérdate que estás vieja, me respondo. No sé cómo pasó tan rápido el tiempo, yo quería ser joven para siempre. En la locomoción colectiva se nota el trato a las personas mayores, “dale el asiento a la vieja; pucha la vieja...” dicen con voz bajita. Yo les respondo no más, así soy yo, la gente que no me conoce considera que soy altanera, por mi personalidad fuerte. Pasa que los viejos son marginados por la sociedad, relegados a vivir junto a otros viejos, como si fuésemos un estorbo.

Lo más insólito es que muchas veces son los propios hijos quienes se olvidan de los papás cuando llegan a viejos. La mayoría de las personas mayores quedan solas, no existen en la semana, solo los domingos se aparecen algunos familiares. Yo creo que el trabajo no es excusa, la carga laboral de los hijos no tiene nada que ver con el cariño a la familia, siempre hay formas de hacer ver el cariño, cuando me alejé de mis padres no había teléfonos, así que me las arreglaba para enviarles cartas.

Aunque en mi caso igual me siento como si tuviera 50 años, a pesar de las amarguras que me aquejan me gusta andar tirando la talla, bromeando y dando palabras de aliento a quienes me rodean, porque también me ayuda a dejar de pensar en mí, en mis dolores,

mantengo la mente ocupada en otras cosas. Y tal vez tengo esa necesidad de ayudar a otras personas porque cuando pedí ayuda cuando era niña, nadie me escuchó ni me apoyó.

Ahora a mi edad considero que tengo más fortalezas para afrontar los problemas emocionales que aparecen en los días grises. Convivo con mi depresión endógena, sé que no debo de echarme a morir porque se puede sobrellevar. Antes me escudaba en el alcohol para olvidar los problemas y dolores de la vida, con la experiencia que he desarrollado me encantaría volver a los 40 años para hacer las cosas de otra forma.

Sí, es injusto que después de trabajar toda la vida reciba una pensión de hambre, \$136.000 pesos, la mitad del sueldo mínimo³⁴ para sobrevivir el mes. Creo que es una limosna, de todas formas, le doy gracias a Dios por tenerla, junto a la pensión que recibe mi hija, podemos vivir el día a día, al menos no nos falta para comer.

Últimamente me estaba ganando unos pesos extra haciendo unos trabajos de tejido a una señora de la comuna de Las Condes, pero me cansé, hoy mismo le dije que no iba a tejer más porque ya no estoy para tener cargas externas tan rígidas. No tengo ganas de terminar un tejido en una fecha límite y luego tener que ir a dejarlo a una comuna lejana en micro, no quiero más. Por ahora solo quiero dedicarle tiempo a mi salud, a la salud de mi hija y nada más, aprovechar el tiempo de paz para estar junto a mi negrita.

³⁴ El sueldo mínimo en Chile durante la fecha de creación del relato (julio del 2021) era de \$337.000, y todavía no se promulgaba la Ley de Pensión Garantizada Universal (29 de enero 2022) que reemplazó la Pensión Básica Solidaria de Vejez.

VII.5. Recuerdos de mi vida - Patita

El primer día que me reuní con Luisa en el condominio, también estaba Patita, una mujer grande y morena, de personalidad tímida e introvertida, mientras escuchaba mi invitación se mantenía atenta al tejido en el que estaba trabajando. Volví a verla en un día lluvioso de julio, me hizo pasar a su casa y me invitó a un té con galletas; su casa quedaba justo en frente de la casa de Luisa. Patita es una mujer de pocas palabras, en nuestro primer encuentro me fue difícil tener una conversación fluida, no solamente por su timidez, sino porque estaba muy afectada emocionalmente. Había sido diagnosticada con depresión luego de la muerte de su madre hace ya 20 años, pero hace solo un par de años había perdido a su padre y ese dolor aun estaba latente.

Patita tuvo desde pequeña una difícil situación económica, comenta que nunca se casó ni tuvo hijos porque dedicó su vida a los cuidados de familiares. Junto a su familia no lograron tener una casa propia y vivían constantemente arrendando, solo a inicios del 2021 llegó a vivir al condominio luego de que muriera su tía, a quien cuidaba mientras vivía de allegada en su casa. En la actualidad recibe una pensión mínima de vejez, vive tranquila en un lugar que siente suyo, pero no había logrado disfrutar aún de su libertad por las restricciones de la pandemia.

En su casa convive con dos gatos, me cuenta que uno va y viene, y tiene problemas para que convivan juntos. Las cuatro veces que la visité notaba que cambiaba la disposición de las cosas en su living-comedor, la mesa, silla y sillones donde juntaba sus tejidos, además de una repisa con un montón de loza pequeña que adornaba el espacio; lo único que se mantuvo intacto fueron los cuadros colgados en la pared con fotos de sus padres, hermano y otros familiares.

Después de un primer encuentro lleno de lágrimas y emociones, Patita pudo desahogarse y continuar trabajando conmigo para construir la narrativa, sentí que reunión tras reunión estaba más a gusto durante nuestras conversaciones, pudiendo relatar y afrontar algunos de los momentos difíciles de su vida con serenidad. Patita no realizó grandes modificaciones al escrito que le presenté durante la última reunión, pero meses después nos reunimos a revisarlo y agregamos nuevas reflexiones sobre los temas que abordamos.

Recuerdos de mi vida

Julio 2021

Nací en Santiago el año 1952, soy la menor de dos hermanos y soy soltera. Tengo la Pensión Básica Solidaria de Vejez y me diagnosticaron depresión después de la muerte repentina de mi viejita, mi madre, hace ya 20 años. Participé en esta investigación para desahogarme durante la pandemia porque no he podido encontrar un médico donde acudir con las restricciones actuales, por eso quise aprovechar la oportunidad de conversar de forma más íntima y poder ser de ayuda para Matías que estaba buscando mujeres mayores con depresión para su trabajo final.

Patita, 69 años

1. Familia, juventud y el calzado

Siempre fuimos los cuatro, mi mamá, mi papá, mi hermano mayor y yo. Puedo decir que a pesar de las carencias fuimos felices, desde pequeña fui muy apegada a mis padres. Mi familia es de tradición zapatera, los cuatro nos dedicamos a la confección de todo tipo de calzado de cuero, un rubro que a lo largo del tiempo fue de altos y bajos. Había épocas en que teníamos que sobrevivir con la poca plata que dejaba el trabajo, pero lo superamos bien, hasta que llegó el Golpe de Estado.

Después del Golpe la industria del calzado nacional se vino abajo, empezaron a cerrar las fábricas en donde trabajaron mis papás, el empleo fue disminuyendo y los negocios que lograron continuar empezaron a repartir las tareas hacia los hogares de las familias trabajadoras, así que mi familia siguió trabajando por un tiempo en la casa en donde arrendamos. En ese periodo y debido a la situación laboral en el país mi hermano mayor emigró a Venezuela a probar suerte en la industria del calzado, y al poco tiempo mi papá se fue a trabajar con él.

Nos quedamos solo mi mamá y yo en Chile. Ella trabajaba todo el día, así que yo también empecé a ayudarla como aparadora de calzado, con el material que le llegaba a la casa, eso fue a los 25 años. Antes yo les ayudaba con otro tipo de tareas domésticas. Así vivimos como 20 años juntas, mi papá regresó y a medida que corrían los años, el trabajo que nos daban para la casa fue disminuyendo cada vez más y tuve salir a buscar trabajo a distintos talleres de confección. Como llegábamos con poca plata a fin de mes debido a carencia laboral, nos mantuvimos arrendado únicamente con la jubilación que mis padres empezaron a recibir por su edad, sumado a algunos trabajitos esporádicos que conseguíamos.

2. El origen de mi depresión

Mis problemas emocionales tienen un origen bien específico, a mis 49 años y de forma muy repentina falleció mi mamá, ella no tenía ningún problema de salud grave, solo una hipertensión que se cuidaba. Un día se resfrío, con los días se agravó en una bronquitis y la llevamos al hospital, pero ¿cómo esa bronquitis iba a ser motivo para que falleciera de un día para otro? Me afectó mucho, porque no me lo esperaba, pero lo que más me dolió fue no estar a su lado cuando partió, aún cargo con esa pena.

Además de la pena está la rabia, pasé mucho tiempo con rencor hacia el hospital por el trato que tuvieron con nosotras. Cada vez que preguntaba por mi mamá, ellos me respondían de mala forma, incluso una vez me dijeron bromeando: “Ah, ahí está en la sala de los cadáveres”, refiriéndose a la sala de cuidados intensivos. Esa desigualdad en el trato a la persona que existe en el sistema de salud, porque en una clínica privada no creo que les respondan con esa actitud a las familias, eso pasa únicamente en el servicio público con la gente más pobre.

Tampoco me avisaron cuando murió, supe cuando llegué a verla al hospital en el horario de visita a las 4 de la tarde y ella había fallecido a las 11 de la mañana, esa fue la gota que rebalsó el vaso y empezó todo. La idea que los médicos la dejaron morir se internó en mis pensamientos, que no hicieron un esfuerzo real por salvarla. Me quedó esa espina clavada con el hospital, un rencor que no me permitía avanzar hacia la aceptación de la muerte de mi mamá.

Ella decía: “no me quiero morir antes que este viejo -por mi papá-, porque va a ser un cacho para ti”. Cuando ella murió, mi papá se vino abajo, se desplomó física y emocionalmente, su diabetes empeoró mucho. Respecto a las palabras de mi mamá, hoy en día no considero que él fuese una carga para mí, el haberme dedicado al cuidado de su salud y bienestar fue mi voluntad y lo hice con todo el amor del mundo.

Después de la muerte de mi mamá el trabajo se acabó definitivamente, cuestión que también me afectó a nivel emocional, porque de una u otra forma una se enajena trabajando con la confección de zapatos para hacer la entrega en la fecha comprometida y no existe tiempo para estar pensando tanto en los problemas y dolores de la vida. Sin trabajo no pudimos seguir pagando el arriendo y no tuvimos otra opción que irnos a vivir con mi papá como allegados en la casa de mi tía materna. En ese periodo la palabra depresión todavía no existía para mí, porque tenía que preocuparme de mi papá, vestirlo, darle de comer, sacarlo a pasear... pero cuando quedaba sola empezaba mi angustia y la pena. Lo único que sabía es que me sentía mal, no le ponía etiquetas a mi pesar.

Empecé a ir todos los domingos al cementerio a visitar a mi mamá, pero un día fue distinto, sentí una angustia en el corazón, una opresión, no sabría cómo explicarlo con palabras. Fue fuerte, apenas podía caminar y me costó mucho regresar a la casa. Al llegar mi papá me preguntó qué me pasaba, él lo notó porque me demoré mucho, me

puse a llorar, pude desahogarme y tuve el consuelo de mi viejo. Desde que había muerto mi mamá no había derramado una lágrima, no era que me hiciera la fuerte por no llorar, sino que no podía, el llanto simplemente no me salía. Ese día lo distingo como el momento en que aparecieron notoriamente las primeras sensaciones de mi etapa de depresión.

3. Experiencia con diagnóstico, terapias y consumo de pastillas

En la casa de mi tía donde empezamos a vivir de allegados con mi papá, me hice amiga de algunas vecinas del barrio, nos juntábamos a diario a conversar en la plaza. Podría decir que mi diagnóstico antes de ser un diagnóstico médico fue un diagnóstico social. Fueron ellas las que me vieron decaída y me insistieron en que fuera a ver un médico, me decían “Patita, tú no estás bien, anda al doctor para que te den algo para el ánimo”. Y les terminé haciendo caso, fui al consultorio y pedí una hora en medicina general, siempre pensando en que me iban a recetar algún tipo de calmante para sobrellevar la pena, pero después de explicarle mi situación a la doctora que me atendió decidió enviarme con una psicóloga.

Mi primera experiencia con terapia psicológica fue positiva, fueron varias sesiones grupales en el consultorio, junto a otras mujeres que pasaban por una experiencia similar a la mía, la pérdida de algún ser querido. En las reuniones la psicóloga nos planteaba diferentes temas y preguntas relacionados al duelo, relatamos nuestras experiencias y conversábamos sobre lo que sentíamos.

Si bien fue una buena experiencia en general, también siento que fue extraño el método, porque entiendo que estar con más gente y conversar hace bien, pero eso también podía hacerlo con mis amigas. Hubiese preferido haber estado sola en las reuniones con la psicóloga, porque de esa forma yo me puedo abrir y contar mis intimidades. Solo la última sesión fue individual y me sirvió mucho, le conté en detalle lo que había pasado con mi mamá, y cómo había ocurrido todo. Ella me dijo que había pasado por una depresión pero que ya tenía que empezar a salir adelante porque veía que lo estaba superando, no me dio pastillas ni otros medicamentos.

En mi caso no buscaba un medicamento mágico, por eso la terapia me sentó bien, logró darme más tranquilidad y fue un apoyo para salir de la situación en la que me encontraba. Porque, por un lado, pude sacar lo que tenía guardado dentro, la psicóloga me escuchó y no me interrumpió, no me quería imponer sus ideas. Por otro lado, me hizo replantear ciertos pensamientos negativos acerca de la muerte de mi mamá. Dejé ir poco a poco el rencor que sentía hacia el hospital, los médicos y la posibilidad de que hubo negligencia. Y también tomé la decisión de nunca más ir sola al cementerio, que me ha ayudado

porque incluso hoy cuando voy acompañada de familiares aparece esa angustia que me invade el cuerpo y prefiero irme luego.

Casi dos años después de la partida de mi mamá tuve que regresar a un cementerio, porque la diabetes finalmente terminó con la vida de mi viejo. Por lo menos tuve la posibilidad de haber estado a su lado durante sus últimos años, de cuidarlo y acompañarlo en el momento de su muerte. En ese momento sentí que la angustia empezaba a regresar nuevamente a mí vida, ahora acrecentada por la soledad, ya no tenía a mis padres, y mi hermano, que seguía en Venezuela, no pudo estar en ninguno de los dos funerales de mis padres, entonces me tocó vivir todo ese difícil proceso sola.

Como el sentimiento de angustia fue creciendo decidí ir a unos talleres que estaban haciendo en el consultorio para afrontar el duelo por muerte, lo realizaba una psicóloga. A través de estos talleres sentí que la psicóloga me ayudó mucho, pero considero que el consuelo de que mi papá haya muerto en mis brazos hizo que el bajón no fuera tan profundo como la primera vez que estuve en terapia y me diagnosticaron depresión.

Antes a la gente que sufría problemas emocionales se les apartaba socialmente y a los deprimidos se les tachaba de locos. Considero que los avances que se han hecho en el área de la salud mental han sido beneficiosos porque ya no hay tanta ignorancia, hoy quienes padecen de alguna enfermedad emocional no se les apunta con el dedo. Se puede hablar abiertamente del tema, ya no es tan tabú como antes, de hecho, gran parte de la población sufre depresión u otros problemas emocionales. Incluso a las personas que tienen buenas condiciones materiales, a veces lo que falta son otras cosas, como el afecto, el cariño o la compañía de otras personas. El diagnóstico después de la muerte de mi mamá me calmó, y sobre todo fue un alivio que no me recetaran pastillas porque tampoco tenía la intención de tomarlas.

4. Psicofármacos y alternativas para lidiar con el dolor

Varios años antes que muriera mi mamá tuve una muy mala experiencia con pastillas para dormir. Producto de una desilusión amorosa, compré una caja *diazepam*³⁵, en esa época se podían adquirir de forma libre sin receta médica. Aún no sé cómo fue que me tomé 7 pastillas, no me di cuenta, dormí muchas horas y mi vieja estaba muy asustada porque en ese tiempo vivíamos las dos solas, me sentí pésimo y dejé de tomarlas de inmediato.

³⁵ El diazepam es un fármaco derivado de la benzodiazepina con propiedades ansiolíticas, miorelajantes, anticonvulsivantes y sedantes. Se utiliza para tratar estados de ansiedad y está considerada como la benzodiazepina más efectiva para el tratamiento de espasmos musculares.

Tiempo después como consecuencia de otro tratamiento tuve síntomas de falta de sueño y me recetaron pastillas para dormir. Las usé un mes hasta que me dije: "No puedes depender de estas cosas para quedarte dormida, es una tontería". Cuando dejé de tomarlas estuve una semana entera sin poder dormir, pero al final me acostumbré y se me pasó solo el insomnio. Me da miedo, porque las pastillas para dormir se transforman muchas veces en una adicción, hay personas que no pueden vivir sin ellas.

Pero también hay días en los que la angustia se convierte en dolor y es necesario buscar alguna forma de calmarlo. Cuando viene la ansiedad y la tristeza, vienen también las molestias corporales, en mi caso todas los problemas emocionales se focalizan en mi colon, ese es mi punto débil, lo tengo claro.

Entonces intento lidiar con el dolor distrayéndome, ese es mi método, me pongo a escuchar música, ver programas en la televisión, leo, hago sopas de letras u ordeno la casa. Y últimamente también estoy confiando en la medicina natural, antes no le tenía mucha fe, pero estoy tomando unas cápsulas de Melipass y me ha hecho sentir mucho más tranquila en estos tiempos de incertidumbre que significa la pandemia.

5. Vivir de allegada y cuidados

Después de la muerte de mi papá, me quedé a vivir en la casa de mi tía y fue como repetir la misma historia. Llegado el momento, también me hice cargo de los cuidados de mi tía, pero fui tratada de manera muy distinta. Vivir de allegada es terrible, no poder tener lo propio, un lugar donde poder decidir qué, cómo y cuándo voy a hacer las cosas. A pesar de mi dedicación y esfuerzo, nunca pude hacer que mi tía estuviera satisfecha conmigo con las labores que realizaba en su casa, mucho menos a sus hijos e hijas que me reprochaban que siguiera viviendo en la casa de sus padres.

Cuando llegó la pandemia estuve encerrada casi un mes sola, porque el esposo de mi tía había muerto, según dijeron, por COVID. Mi tía le siguió, 26 días después falleció, se fue apagando de a poquito, por causas naturales. A pesar de todos los malos ratos, con mi tía teníamos buena relación, nos acompañamos la una a la otra, cocinábamos y tejíamos juntas. Me dolió su partida y todavía duele porque fue hace poco. Pero comprendo que en su caso había un agotamiento, un cansancio de seguir viviendo, tenía 92 años. Con mi papá fue algo similar, es triste ver una persona que ha sido independiente toda su vida y luego no poder valerse por sí misma en su vejez.

A pesar de que me hice cargo de todos los cuidados médicos y cotidianos de mi tía cuando se enfermó producto de la edad, mi prima me trató de aprovechadora cuando ella murió, por estar viviendo en su casa. Eso me dolió muchísimo, y me sigue afectando hasta hoy que ya ha pasado más de un año de su muerte.

Mirando en retrospectiva, me he dedicado gran parte de la vida a cuidar a los demás cuando lo han necesitado. Sin recibir nada a cambio por mi labor y tiempo, tampoco es que así lo quisiera. Pero a diferencia de la gente que se dedica a trabajar con personas enfermas, cuando el enfermo es alguien de tu casa o un familiar, la sociedad impone a las mujeres el deber moral de cuidarle. El problema es que a veces, como me ocurrió a mí, los mismos familiares se van encima de uno, apuntando y culpando a la cuidadora, siendo que ellos nunca se preocuparon de la persona enferma. En ese caso lo único que uno espera es un agradecimiento, no plata ni grandes cosas materiales, solo palabras.

6. Sufrimiento y condiciones materiales de vida

Es duro cuando la vida se transforma en sufrimiento, en mi caso creo si llegara a una situación así, sin remedio, pensaría en la eutanasia como una opción, para que mis familiares no tuvieran que estar preocupados de mí, no ser un cacho para ellos y que pudieran seguir con sus vidas. Pero cuando es el caso de personas que uno ama, la situación no es tan sencilla, prima el egoísmo, nadie quiere que se vaya su gente, sus cercanos. Podría decir que mi vida ha estado marcada por la muerte, pero ¿la de quién no? Entiendo que la muerte es algo natural, inevitable, pero a veces siento que me voy quedando sola.

Aunque toda la vida he sido una persona más bien solitaria porque nunca fui de andar en fiestas o de tener amistades profundas, puedo tener muchas conocidas pero pocas amigas. Lo que pasa es que no me gusta mucho salir, por ejemplo, hace muchos años que no salgo de vacaciones, tampoco es que pueda darme esos lujos, porque tengo una pensión muy baja. Me da rabia pensar que trabajé tanto e impuse tan poco, el problema es que antes no era obligación y además lo hice de forma informal en las casas donde viví.

Con la plata que recibo de mi jubilación es difícil mantenerse, por eso me dedico a vender ropa en la feria, ese es mi trabajo, además me ayuda como entretenimiento y distracción. Pero el trabajo en la feria no me ha salvado de que de vez en cuando haya tenido que llegar con lo justo a fin de mes, sobre todo ahora con las restricciones por la pandemia, de hecho, hace poco pude volver a colocar mi puesto improvisado en la feria.

La angustia va y viene, la pena también, porque después de mi tía no he podido compartir con muchas personas, me hace falta desahogarme. Con la pandemia todo es más difícil, hace 20 años cuando murió mi mamá tuve la oportunidad de recibir ayuda psicológica con mi depresión, hoy es difícil acceder a terapia en el consultorio por el confinamiento, llevo tiempo esperando una hora para que me atiendan.

Hace un par de meses que estoy viviendo sola, la municipalidad me otorgó una casa y es mía hasta que me muera. Recién ahora me siento en mi lugar, segura, independiente y tranquila, me dedico a vivir el día a día, no me preocupo por el futuro y por eso mismo no me pongo grandes metas. Por ahora me complace y disfruto de tener mi propio espacio, y también añoro la posibilidad de volver a reencontrarnos con mis amigas del grupo de tejido, con las que nos hemos apoyado y mantenido unidas durante toda la pandemia a través de WhatsApp.

VIII. METAANÁLISIS

En este capítulo mi objetivo es desarrollar un metaanálisis en lógica interpretativa que permita ahondar en la temática abordada sin buscar realizar conclusiones cerradas respecto a las producciones narrativas, ya que ese propósito supondría entender las narrativas como un material empírico a analizar.

En concordancia con los principios epistemológicos en los que se basa la técnica metodológica utilizada, abordaré a modo reflexivo por medio de un metaanálisis de las narrativas los principales ejes y dimensiones críticas que se desprendieron de ellas, identificando sus elementos en común y particularidades (Galaz y Álvarez, 2020). La finalidad será articular sus postulados en conjunto con el marco teórico consultado, estableciendo así un diálogo que interprete y posicione los conceptos teóricos y las producciones narrativas al mismo nivel de validez epistemológica.

Al respecto, es importante recordar en esta introducción que las producciones narrativas como técnica metodológica feminista cuestionan la jerarquía del saber científico académico por sobre otros conocimientos subalternos y apuesta por la construcción de un conocimiento situado (Haraway, 1991). Esto pone de relieve, por una parte, la posición ética-política de quien investiga desvelando la falsa objetividad que plantean los enfoques positivistas de la ciencia, y por otra parte, una de las premisas fundamentales de las metodologías cualitativas: la relación entre sujeto investigador y objeto de estudio.

Asimismo, el horizonte de las metodologías críticas feministas apunta a construir relaciones de mayor igualdad entre los diferentes sujetos que participan del proceso investigativo, con la finalidad de que el conocimiento construido mediante diálogos de saberes impulse la transformación de la realidad, en lugar de extraer conocimientos que queden encerrados en la esfera de la discusión y el saber académico.

En concordancia con este objetivo epistemológico y metodológico intenté expresar mi postura ideológica sobre el problema de investigación en cada una de las reuniones que tuvimos con las cinco mujeres mayores de La Granja. En síntesis, comuniqué que la inquietud inicial que me motivó a realizar mi memoria sobre salud mental fue conocer y cuestionar cómo el proceso de medicalización ha permeado la forma de pensar, actuar y relacionarnos con nuestro sufrimiento subjetivo. En esta línea de pensamiento, las mujeres mayores empobrecidas conformaban un grupo social marginado económica y culturalmente producto de la desigualdad de género que prevalece en las sociedades capitalistas y patriarcales; y en consideración de la alta prevalencia de trastornos mentales comunes en las mujeres mayores chilenas consideré necesario conocer sus experiencias cotidianas y conocimientos respecto al tema.

Sin embargo, desde antes de conocer a las mujeres mayores con las que trabajaría, ya tenía una concepción preestablecida del sufrimiento entendido como una propiedad inherente a la existencia humana, en la que, no obstante, hay quienes sufren y padecen más que otros/as. Por ello los fundamentos teóricos que rigen esta tesis encuentran asidero en los conceptos desarrollados por la antropología médica crítica, a partir de los

cuales se considera que el proceso salud-enfermedad-atención está determinado socialmente por la estructura económica, política e ideológica que establece el sistema capitalista; mientras que la comprensión práctica y cultural de las enfermedades, en este caso trastornos mentales comunes, estarían determinadas en gran parte por el avance del proceso de medicalización que ha establecido una hegemonía de la biomedicina en el ámbito de la salud humana.

Desde esta construcción teórico-política del objeto de investigación, que constituye mi posición ideológica sobre la problemática, dialogué y discutí con las cinco mujeres mayores colaboradoras, que en tensión entre mis fundamentos y sus experiencias, posturas y conocimientos finalmente construimos los argumentos que se desarrollan en cada una de las narrativas presentadas en el capítulo anterior.

Ya transparentada mi posición como investigador en el contexto de producción de los relatos, desarrollo a continuación, como mencioné al inicio, un metaanálisis interpretativo y reflexivo sobre los principales ejes y dimensiones críticas que surgieron en las narrativas en relación con la temática de investigación, estableciendo un diálogo entre los argumentos teóricos situados de las narrativas y el marco teórico conceptual.

Las categorías temáticas desarrolladas en este metaanálisis fueron construidas de forma *inductiva* por medio de la técnica de *análisis de contenido* cualitativo definida por Andreu (2000) como “un conjunto de técnicas sistemáticas interpretativas del sentido oculto de los textos” (p. 22), cuyo objetivo es profundizar más allá del sentido manifiesto de la información expresada en los relatos hacia desentrañar su contexto y el contenido latente desde donde se expresa el mensaje (Herrera, 2018). Dentro de las categorías seleccioné los contenidos que reflejan el afán crítico de las producciones narrativas, en ellas convergen ideas, ejes y experiencias en común desarrolladas por las colaboradoras, como también algunas perspectivas específicas y puntuales de cada narrativa que aportan a la discusión teórica de la problemática y complementan a dar una respuesta a los objetivos de la investigación.

VIII.1. Condiciones materiales de vida

Pobreza y sufrimiento emocional

Uno de los aspectos teóricos centrales del *critical-interpretative approach* (Lock y Scheper-Hughes, 1990), propuesto para la investigación, es desentrañar el rol de los factores políticos, económicos e ideológicos tras el proceso salud-enfermedad, específicamente en este estudio, en el padecimiento de trastornos de depresión y ansiedad. A pesar del sufrimiento que les genera las condiciones materiales de vida a la que han estado expuestas las mujeres mayores participantes desde sus infancias, a partir de la discusión con ellas percibo que no reconocen que sus determinadas condiciones de vida se configuren como el elemento fundamental de sus padecimientos. La narrativa de Elena resume esta percepción generalizada bajo la idea de una continua angustia

cotidiana, en donde se explica que la pobreza no es la causa de los daños más severos a nivel emocional, sino que es un factor que va deteriorando lentamente el ánimo.

Cuando dialogué con ellas sobre cómo su condición socioeconómica podría estar afectando su salud mental, distinguí una postura de resignación y aceptación respecto a la vida que les tocó vivir. Al parecer la trayectoria de vida desempeña un rol sustancial en su disposición frente a la precarización, ya que la comparación entre las condiciones materiales actuales y las que experimentaron durante la infancia surgió reiteradamente. En su mayoría las mujeres participantes provienen de familias de clase baja en donde las condiciones básicas de existencia no estuvieron siempre garantizadas; la falta de acceso a comida, luz y el trabajo a temprana edad fueron algunas de las situaciones mencionadas. Desde mi perspectiva, esta experiencia de vida configuró una visión del futuro como un tiempo de continuo avance y mejoría en el bienestar material, lo que se traduce en una disposición de gratitud con lo que se tiene en el presente, y en definitiva, a la pasividad política como respuesta a la precarización.

Arthur Kleinmann (1997) hace mención a este comportamiento pasivo en el prólogo de *La muerte sin llanto*, etnografía realizada por Nancy Scheper-Hughes (1993) con mujeres pobres de Brasil, en donde destaca que la rebeldía y las soluciones radicales no forman parte del accionar común de las personas que viven en contexto de pobreza, debido a la capacidad de los seres humanos de soportar, sobrevivir y adaptarse incluso a las condiciones de vida más precarias.

Neoliberalismo y salud mental

La pasividad no significó en ningún caso desconocimiento o indiferencia ante las injusticias y desigualdades que ellas experimentan en su día a día, por el contrario, las identifican con total claridad. Susana me habló en una de nuestras conversaciones que sentía una rabia contenida que habitaba la resignación, pero que la incapacidad de transformar esa rabia en un cambio objetivo de sus condiciones materiales se traducían finalmente en pasividad y la hacía enfermar lentamente. Sin embargo, la rabia que le produce la precarización la experimenta únicamente de forma individual, y solo se llega a socializar a través de la queja cotidiana o la resignación ante su situación, en parte porque dejamos de comprender la desigualdad como un problema político-social para comenzar a entenderlo como un problema que cada uno debe resolver por sí mismo. Hamann (2009) define esta deriva individualista como consecuencia de la interiorización de un ethos neoliberal que construye a los sujetos como un átomo egoísta, autónomo y libre que es moralmente responsable de sobrevivir en el terreno social mediante una racionalidad basada en los principios del mercado, la cual excluye toda clase de valor ético o interés colectivo. En este sentido, bajo la ideología neoliberal tendemos a entender que los recursos económicos y la posición social dependen exclusivamente de la capacidad y la voluntad individual.

Lo que genera el neoliberalismo con la individualización de los problemas sociales guarda relación con el proceso de privatización de los servicios básicos que experimenta Chile desde la década de 1980 hasta la actualidad, este proceso ha provocado que servicios y bienes fundamentales para la existencia moderna como el acceso a vivienda o la atención en salud sean regidos bajo lógicas de consumo que afectan directamente a la población más empobrecida.

En las narrativas las mujeres mayores participantes relatan que muchas veces han debido sacrificar momentáneamente o han perdido definitivamente ciertas cosas por la necesidad de acceder en un momento determinado a otras que resultan ser necesarias para la reproducción de la vida; quiero ejemplificar esta idea con algunas experiencias que cuentan Elena y Luisa en sus narrativas. Elena considera la vivienda como el pilar fundamental para la existencia, el espacio que entrega seguridad y libertad, por eso dedicó gran parte de su etapa laboral a juntar dinero para comprar una casa. Elena proviene de una familia de clase trabajadora, tuvo que conseguir dos empleos mientras criaba a sus hijas; en ese periodo sufría constantemente por problemas a la columna, pero no hizo tratamiento médico por falta de dinero, una situación de pobreza que muchas veces la llevó privarse de comer junto a su marido para darles lo poco que tenían a sus hijas. Un caso similar vivió Luisa cuando le diagnosticaron cáncer, la despidieron de su trabajo como asesora del hogar porque las sesiones de radioterapia no le permitían asistir con la regularidad necesaria, la falta de una remuneración mensual provocó que el banco rematara la casa que había pagado por décadas y de la que solo le quedaba un monto menor por cancelar, esta experiencia finalmente la llevó a un periodo de depresión en el que pensó suicidarse, el cual se desarrolla en su narrativa.

Las experiencias de vida de Elena y Luisa, dejan de manifiesto que para acceder a una vivienda ellas tuvieron que dejar de lado la satisfacción de otras necesidades fundamentales. Las carencias experimentadas en estos periodos son significadas de diferentes maneras dependiendo de la situación y la persona, Elena denomina su experiencia como una etapa de un *sacrificio* necesario para llegar a obtener lo que se necesita, mientras que Luisa lo entiende como una experiencia límite provocada por injusticia y la falta de empatía del sistema.

Vejez: precarización en el acceso a necesidades básicas

Las narrativas dan cuenta que la incertidumbre que provoca la inestabilidad del mercado de servicios y la falta de oportunidades en el acceso para la población más pobre se constituyen como la causa de un malestar cotidiano que provoca lentamente el sufrimiento subjetivo de las mujeres mayores.

Las participantes identificaron dos necesidades básicas como fundamentales para lograr alcanzar una seguridad emocional durante la vejez: la vivienda y la salud. A la vez establecieron dos formas mediante las cuales es posible acceder a ellas, una es sobrevivir a estas necesidades en precariedad y la otra es el endeudamiento.

En el primer caso, sobre el acceso a servicios precarios, se puede ejemplificar a partir de sus percepciones acerca de la salud pública y sus experiencias como pacientes en centros de atención primaria. Los Cesfam aparecen como el principal establecimiento al que asisten para la atención en salud mental, mientras que el Cosam de La Granja no resultó ser un punto de referencia, ya que ninguna de ellas lo conocía. Sobre la precariedad en los servicios de salud mental pública, Luisa afirma que se ve reflejada en el cambio constante de profesionales que no permiten realizar una terapia prolongada que dé resultados a largo plazo, sumado a que los tiempos de atención son demasiado breves porque hay una gran cantidad de personas que esperan ser atendidas también. La antropóloga Clara Han (2022) hace referencia a que esta problemática en la atención de salud mental en establecimientos públicos chilenos responde principalmente a problemas burocráticos que terminan por obstaculizar el trabajo de psicólogos y psicólogas provocando una rotación constante del personal debido a que el pago de sus sueldos está basado en el cumplimiento de metas de atención cuantitativas.

Pero la precarización va más allá de la calidad en la atención, Patita considera que existe una desigualdad manifiesta entre la salud pública y privada respecto al trato recibido como usuaria, considerando que hay ciudadanos de primera y segunda clase para el sistema de salud chileno. De hecho reconoce que el trato recibido los días previos a la muerte de su madre en un hospital público la afectó mucho emocionalmente y el posterior rencor con el hospital fue un factor importante en el desarrollo de su depresión. Sobre este tema, Aurora reconoce que prefiere realizar sus chequeos médicos en establecimientos privados, porque los considera más expeditos y con mejor trato a los pacientes, aunque reconoce que tiene esa posibilidad solo porque complementa su pensión básica con ingresos extras por poseer un vehículo y una casa propia en las que ya no tiene deudas.

Por otra parte, la deuda resulta ser la segunda forma de poder acceder a servicios de salud o vivienda, sin embargo las cinco mujeres mayores tenían una visión clara y aterrizada sobre el endeudamiento e intentaban evitarlo a toda costa con tal de no caer en la espiral de la deuda. Entendí que había dos razones para esto, la primera es que experimentaron los angustiantes efectos de vivir endeudadas durante su adultez y la segunda es que sus pensiones bajas no les permiten acceder a grandes créditos bancarios. Susana hace referencia a la dimensión de la deuda establecida con familiares y cómo acceder a estos préstamos económicos repercute directamente en su libertad y autonomía, dos facultades que durante la vejez están en un conflicto constante entre mantenerla y perderla. Por estos motivos solo solicita préstamos a familiares cuando son estrictamente necesarios, ya sea para comer o tener calefacción en invierno, nunca para satisfacer deseos o gustos personales. Han (2022) reconoce en la deuda económica, moral y social una de las causas de la proliferación de problemas asociados a la salud mental en Chile, lo que además ha configurado una forma hegemónica de relacionarse socialmente bajo un sistema neoliberal que encuentra en el endeudamiento la principal forma de consumo de las clases bajas.

Pandemia y temores

Es imprescindible remitirse al contexto pandémico en el cual se desarrolló la investigación y cómo este se vincula con los problemas emocionales y la pobreza de las mujeres mayores participantes. La crisis por COVID-19 puso de manifiesto la profunda desigualdad de la población chilena y a nivel global se comenzó a hablar del concepto de *sindemia* desarrollado desde la antropología médica crítica (Singer y Clair, 2003) para referirse a cómo la suma de enfermedades que prevalecen en la población más pobre en un contexto de desigualdad social amplifica el daño asociado al padecimiento por COVID-19 (Horton, 2020).

La perspectiva marxista de la antropología médica crítica (Baer y Singer, 1982; Cardona, 2013; Pizza, 2005) establece una relación directa entre la desigualdad provocada por el sistema capitalista y la proliferación de enfermedades en las poblaciones más vulnerables de la sociedad. Las mujeres mayores empobrecidas no solo están en un mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles como la hipertensión, obesidad, diabetes, cáncer en función de su posición social y económica, sino que concretamente muchas de ellas ya padecían este tipo de enfermedades con la llegada de la pandemia. Estas enfermedades de base asociadas con el agravamiento de los cuadros clínicos de COVID-19 provocó que las participantes se sintieran aún más vulnerables al contagio, lo que finalmente se reflejó en un mayor aislamiento en sus hogares, la pérdida de lazos sociales y familiares, la disminución de actividades fuera del hogar y un aumento significativo en su sensación de soledad; todos síntomas asociados al desarrollo de problemas depresivos.

Por otra parte, las narrativas evidencian que los síntomas relacionados con la ansiedad se asociaron principalmente con inquietudes y temores recurrentes sobre el avance de la pandemia. Por ejemplo, la incertidumbre inicial sobre la capacidad contagiosa del virus, el nivel de mortalidad y la incredulidad sobre la información que comunicaban los medios fueron sensaciones comunes en el primer periodo de trabajo en el territorio con Luisa y Patita durante el 2021.

El miedo que experimentaron las participantes a enfermarse de COVID-19 estuvo más asociado al padecimiento que a la muerte. Esta noción de padecer, que en palabras de Kleinman (1980) se vincula al concepto *illness* en la comprensión del proceso salud-enfermedad, da cuenta cómo las mujeres mayores significan como un peor escenario enfermarse gravemente, quedar postradas y, por sobre todo, ser una carga para sus familiares cercanos; que morir a causa del virus. Este temor podría estar muy relacionado a las labores de cuidado que cumplen como mujeres bajo los roles tradicionales de género, la carga emocional de los cuidados es desarrollada en párrafos posteriores.

A partir de las experiencias relatadas por las participantes en el contexto pandemia, se podría establecer que en las consecuencias de la *sindemia* en la población mayor pobre chilena, se conjugaron, además del COVID-19 y las enfermedades de base, la

proliferación de problemas emocionales relacionados con los cuadros de depresión y ansiedad, que de acuerdo con los antecedentes tuvieron una significativa alza en su sintomatología asociada (Herrera et. al, 2021). Si bien los trastornos mentales comunes incrementaron de forma general en la población, las mujeres mayores empobrecidas de La Granja además tuvieron que lidiar con dificultades materiales relacionadas, por ejemplo, con gestionar el acceso a alimentación o la obligación de hacer cuarentenas extensas en viviendas con espacios reducidos.

Desigualdad de género y trabajo de cuidados

La Granja al estar ubicada en una zona periférica de la ciudad se considera como un territorio que forma parte del modelo denominado *comuna dormitorio*, las cuales se encuentran alejadas de los centros productivos y laborales de Santiago. De acuerdo con Castillo y colaboradoras (2022) esta conformación espacial de la ciudad tuvo un importante rol en la reproducción de desigualdades de género debido a la dificultad de acceso al mercado laboral de la mujer en función de los tiempos extenuantes de las jornadas de trabajo y los viajes de traslado; la incompatibilidad entre las labores no remuneradas de cuidados en el hogar ubicado en la periferia y los trabajos remunerados; y el empobrecimiento del capital cultural, social y político de las mujeres al no existir una oferta que fomente este tipo de actividades en las zonas residenciales.

Las mujeres participantes han desarrollado gran parte de su vida en la comuna de La Granja y la mayoría de ellas tuvo que dedicarse a labores de cuidados no remunerados en el hogar desde su infancia. Salvo Patita, todas estuvieron a cargo del cuidado de sus hermanos desde muy pequeñas; más responsabilidad les tocó a quienes eran la hermana mayor de la familia (Faur y Tizziani, 2017) y vieron estancados sus deseos de seguir estudiando por la obligación de ayudar a sus madres en las labores domésticas. En el caso de Patita, expone en su narrativa cómo el haberse dedicado al cuidado de sus seres queridos durante la adultez postergó su vida personal y finalmente afectó su actual condición socioeconómica; esta reflexión apunta a entender cómo la trayectoria de vida de las mujeres mayores durante su infancia, juventud y adultez realizando labores de cuidado no remuneradas afectó sus condiciones de vida durante la vejez.

Desde el concepto de economía del cuidado desarrollado por la economía feminista se ha discutido cómo explotación de las mujeres a través del trabajo de cuidado ha contribuido a la expansión del capitalismo y la profundización de la desigualdad de género (Rodríguez Enríquez, 2015). Las narrativas plantean la existencia de al menos dos tipos de consecuencias en las que el trabajo de cuidados han afectado las sus condiciones materiales de vida y la salud emocional de las mujeres mayores participantes.

La primera se trata de una repercusión económica que se profundiza en la etapa de la vejez femenina, en esta línea las participantes afirman que producto de haber trabajado gran parte de sus vidas en trabajos de cuidado no remunerados al interior del hogar hoy

reciben pensiones muy bajas. Con el modelo de capitalización individual chileno los montos de la jubilación dependen exclusivamente de cuánto impone cada persona a lo largo de su trayectoria laboral, y si bien las participantes realizaron trabajos remunerados durante algún periodo, estos fueron mal pagados y parcelados en el tiempo. La principal labor a la que se dedicaron fue el trabajo doméstico en el cual no se recibe dinero para llevar un ahorro constante que sirva para la vejez, esto implica que hoy todas las mujeres mayores participantes estén obligadas a recibir pensiones de gracia, que de acuerdo a sus palabras resultan ser montos miserables que no alcanzan para vivir durante la vejez, sino tan solo para sobrevivir.

La postura de las participantes encuentra una visión común en la narrativa de Patita en la que realiza una crítica a la falta de reconocimiento y de una retribución digna por parte del Estado para un trabajo que recae social y culturalmente las mujeres desde que nacen, afirmando que esta carencia de reconocimiento no solo pasa por el Estado, sino que también la sociedad en su conjunto minimiza la vital importancia del trabajo de cuidados en la reproducción de la vida.

La segunda consecuencia del trabajo de cuidados es una repercusión moral (Gilligan, 1993), Susana me explicaba que por medio de terapia psicológica llegó a la conclusión que debía deshacerse del mandato maternal con el que cargaba, el cual le exigía hacerse cargo del cuidado de sus hijas, hermanas y hermanos. La carga moral de los cuidados no resulta ser tan evidente para las participantes como lo son las repercusiones materiales reflejadas claramente en los montos de sus pensiones; sobre esto la socióloga Arlie Russell Hochschild (2012) puntualiza que la responsabilidad por un otro implica para la cuidadora una carga mental y emocional, además de la más reconocible carga física. Las participantes, salvo Elena, no tienen bajo cuidado directo a ninguna persona, pero si se sienten profundamente responsables del bienestar de sus seres queridos, generalmente familiares, lo que a nivel emocional se manifiesta en pensamientos constantes por estar pendiente de los demás y reproches propios y externos si no se está a la altura de lo que se exige. La principal consecuencia de esta responsabilidad moral con la familia tiene que ver con el desarrollo de una conducta que minimiza los problemas propios por la obligación de poner como prioridad el bienestar ajeno por sobre el personal. Gilligan (1993) define esta conducta moral como bondad en forma de autosacrificio, que constituye la segunda etapa de desarrollo moral de acuerdo a los planteamientos teóricos de la ética de los cuidados desarrollados por la autora.

En el caso de Elena experimenta la labor de cuidados en ambas formas, por una parte debe cuidar de forma práctica y directa a su madre con Alzheimer y en ocasiones a sus nietas, debiendo soportar los fuertes dolores causados por sus problemas físicos que la han llevado a tener una movilidad reducida. Pero al mismo tiempo experimenta una responsabilidad moral en el cuidado de sus hermanas, de quienes vive en constante preocupación, conversando varias veces al día con ellas por teléfono para entregarles apoyo, escucharlas y aconsejarlas. La narrativa de Elena aborda de forma crítica la

contradicción que genera a nivel emocional el cuidado, me refiero a la delgada línea entre la obligación y la satisfacción de ayudar a los demás.

VIII.2. Significados de la depresión: la medicalización del duelo

El origen del sufrimiento

De acuerdo con las narrativas, las mujeres mayores participantes construyen el significado de su depresión en función de un acontecimiento o suceso puntual de la vida. Durante las reuniones hablamos de esta idea como el origen del sufrimiento y en cuatro de las cinco participantes el punto crucial o *turning point* (Blanco, 2011) fue un proceso de duelo tras la pérdida de un familiar cercano, lo que posteriormente las llevó a buscar y comenzar un tratamiento psicológico y en algunos casos psiquiátrico.

Aurora siente haber caído en depresión luego de la trágica muerte de su hijo mayor; Susana después de la muerte de su hija menor y de su madre comenzó a experimentar síntomas depresivos y de ansiedad; Patita recibió un diagnóstico de depresión a partir de la muerte de su mamá; Elena fue diagnosticada con depresión y comenzó tratamiento psiquiátrico tras la pérdida de su hijo en las últimas semanas de embarazo; y por último, Luisa entiende que el origen del sufrimiento comienza con el abuso que sufrió cuando niña, suceso que arrastró consigo un cuestionamiento constante de su femineidad por no poder cumplir con su ideal de ser mujer, un sufrimiento que se exacerbó con el estigma del diagnóstico de depresión endógena y la pérdida de un hijo durante el embarazo en su adultez.

En la mayoría de las participantes no se trata de la pérdida de cualquier ser querido, sino la muerte de un hijo/a; salvo Patita, las cuatro mujeres restantes experimentaron la muerte de un hijo o hija sea durante el embarazo o cuando estos ya eran adultos. Aurora y Susana significan la pérdida de un hijo como un sufrimiento diferente al experimentado con otro tipo de pérdidas, principalmente porque se escapa del imaginario cultural en el que los padres mueren antes que sus hijos como parte de un proceso natural y lineal de la vida. La significación de este sufrimiento es expresado como la pérdida de una parte de sí mismas, de sus cuerpos, como si algo de ellas mismas muriera junto a sus hijos. Se trata de un suceso radical, un acontecimiento límite que pone en cuestionamiento la vida misma de las mujeres mayores.

La discusión radica en entender por qué el duelo por la pérdida de un ser querido tiene como consecuencia un sufrimiento subjetivo profundo en la vejez y por qué este sufrimiento ha sido objeto de ser medicalizado en las sociedades occidentales modernas.

Medicalización y el duelo en la psiquiatría

De Morá Solera (2022) reconstruye el proceso de patologización y psicologización del duelo en las sociedades occidentales a partir del siglo XX, considerando que durante este periodo se exacerba la crisis en torno al rito de la muerte que se ve desprovista de las costumbres, protocolos y narrativas tradicionales-religiosas que le otorgaban sentido a la experiencia del duelo. Con el avance del pensamiento racional y secular la figura del profesional de la salud mental adquiere mayor importancia en la gestión y comprensión del dolor asociado al duelo por pérdida, a partir del cual “lo que era un conjunto de comportamientos sociales prescritos, pasa a ser entendido como un proceso interno e intrapsíquico; [en donde] la terapia es el nuevo espacio para exteriorizar y vivir el duelo” (p. 8).

En el ámbito de la psiquiatría se incluye por primera vez el duelo como una categoría diagnóstica en el manual DSM-III, a partir del cual se comienza a diferenciar el duelo sin complicaciones y el duelo complicado, este último comienza a ser asociado con las características antes asociadas a la depresión mayor (APA, 1980). Posteriormente en el DSM-IV la discusión se profundiza y se establece un límite temporal de dos meses posterior a la pérdida para diagnosticar un trastorno de depresión mayor en personas en duelo. Para la publicación del DSM-V (APA, 2014) se agrega una categoría diagnóstica nueva denominada Trastorno de Duelo Complejo Persistente, que además elimina el límite temporal propuesto en el DSM-IV, situación que de acuerdo con Bandini (2015) generó una polémica al interior de la comunidad científica debido a las consecuencias que podía acarrear esta decisión en términos de sobremedicalizar y estigmatizar a las personas en duelo. El psiquiatra y presidente del DSM-IV Allen Frances (2012) advierte que la búsqueda de las personas afligidas por mitigar el sufrimiento del proceso de duelo mediante tratamiento médicos podría anular los significados de los ritos culturales y el consuelo de los círculos sociales, lo que podría generar graves implicancias sociales. Asimismo cuestionó los posibles intereses financieros de la Asociación Americana de Psiquiatría con la industria farmacéutica para comercializar medicamentos que respondan a los nuevos trastornos añadidos en uno de los manuales más consultado por los profesionales de la salud mental para establecer sus diagnósticos.

Las consecuencias de la medicalización del duelo desde la psiquiatría biológica, enfoque que caracteriza a los manuales diagnósticos como el DSM desarrollado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (Martínez, 1998), podría estar provocando un proceso iatrogénico (Illich, 1975) extendido en la población producto de un sobrediagnóstico en torno a una circunstancia natural de la vida como es la muerte de un ser querido, más aún si la farmacoterapia ha sido utilizada como uno de los principales métodos de intervención contra los síntomas depresivos; teniendo en consideración la histórica controversia sobre la eficacia de los antidepresivos en comparación con sus efectos secundarios (Kirsch et al. 2008; Cipriani et al., 2018).

Siguiendo a Taussig (1995) la medicalización del duelo podría estar reificando el problema de fondo tras el sufrimiento de las mujeres mayores participantes por la pérdida de un hijo ya sea bajo la etiqueta de depresión con ansiedad, depresión endógena o depresión mayor por duelo. Es posible que el problema en sí no sea la sintomatología asociada al

dolor de la pérdida de un hijo sino a la incapacidad de las participantes de recomponerse y retomar la productividad diaria necesaria para mantener la reproducción de la vida cotidiana en condiciones de vida precarias.

En esta línea, Oyarce Pisani (2021) afirma que las sociedades neoliberales modernas clasifican los períodos prolongados de duelo como depresión clínica debido a que la extensión del estado depresivo tiene como consecuencia la disminución de los tiempos de productividad económica del individuo afectado. En ese escenario el consumo de psicofármacos aparece para Luisa, Susana y Elena como el método más eficiente para recuperar rápidamente el ánimo perdido para volver a rendir en un régimen neoliberal en donde las formas de sobrevivencia están dictaminadas por las lógicas de mercado. La psicoterapia, por otra parte, resulta ser un proceso más lento y complejo en el que la mayoría de las participantes tiende a ingresar, abandonar y retomar constantemente.

VIII.3. Historia terapéutica en salud mental y psicofármacos

Relación médico-paciente en la terapia psicológica y psiquiátrica

La metodología de las producciones narrativas nos permitió junto a las participantes construir relatos críticos y situados en la cotidianidad desde una perspectiva que atiende el curso de vida de las mujeres mayores que sufren y tienen un diagnóstico por trastorno de depresión y ansiedad. La antropóloga Veena Das (2008) afirma que la perspectiva cotidiana adoptada por la antropología permite demostrar “cómo las instituciones sociales están profundamente implicadas en dos modos opuestos: el de la producción de sufrimiento y el de la creación de una comunidad moral capaz de lidiar con él”.

En el primer apartado de este metaanálisis abordé en qué medida las instituciones sociales que componen la estructura social, política y económica están implicadas en la producción de sufrimiento subjetivo de los grupos sociales empobrecidos, particularmente la situación de las mujeres mayores con pensiones mínimas. Mientras que en el segundo apartado intenté reconstruir cómo esta comunidad moral a la que hace referencia Veena Das ha sido ocupada en las sociedades occidentales por la terapia psicológica y psiquiátrica, espacios clínicos que se han hecho cargo de lidiar con el sufrimiento subjetivo de la población a partir de la expansión del proceso de medicalización.

Al dialogar acerca de las historias terapéuticas en salud mental de las mujeres participantes, entendido como el proceso que va desde el diagnóstico de depresión hasta el proceso de tratamiento y posible alta médica, lo primero que surgió como tema central fue la relación entre médico-paciente en el área de la salud mental. A pesar de que en general las participantes reconocen en los psicólogos y psiquiatras los únicos actores capacitados para tratar las enfermedades emocionales y mentales, también surgieron algunas críticas y visiones alternativas a esta perspectiva.

Dentro de las críticas, Luisa es escéptica respecto a la experticia de psicólogos y psiquiatras en cuanto considera que la subjetividad es susceptible a ser manipulada a diferencia de los diagnósticos de otras enfermedades más *objetivables*, estableciendo así una diferencia entre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas del cuerpo y las enfermedades psicológicas de la mente. Respecto a esto, Luisa me relató que no cree en la eficacia del tratamiento psicológico porque fácilmente puede engañar a sus terapeutas y ellos guiarán su tratamiento sobre la base de una mentira que serían incapaces de reconocer; incluso me comentó que había actuado de esa forma para confundir en un par de ocasiones a psicólogos *mecanizados*³⁶ con los que no sentía conexión, en un contexto de constantes cambios de profesionales en los centros de atención primaria de La Granja.

Por otra parte, Aurora reconoce que además de los profesionales de la psicología y psiquiatría hay otras figuras fuera de la biomedicina que cuentan con la capacidad de poder acompañar y sanar emocionalmente a las personas que pasan por un momento complejo. Respecto a la medicina comprende que tienen aptitudes para la sanación biológica que caracteriza su desarrollo como ciencia de la salud, sin embargo al mismo nivel de importancia posiciona a la fe y la religión en el proceso de sanación del espíritu. Desde la perspectiva católica de Aurora, lo mental-emocional se compone de dos dimensiones, por un lado lo biológico, representado en el cerebro, y lo espiritual representado en el alma humana; esta idea demuestra que la división cartesiana mente-cuerpo, uno de los pilares teóricos sobre los que desarrolló la ciencia biomédica (Martínez, 2008), se establece como un relato hegemónico a través del cual las participantes significan el proceso salud-enfermedad, pero también que las concepciones religiosas aún tienen importancia al momento de comprender las diferentes dimensiones del sanar y el padecer.

Otra arista relevante de la historia terapéutica en salud mental de las mujeres mayores son sus percepciones acerca de las experiencias asistiendo periódicamente a terapia psicológica, las cuales resultan ser bastante heterogéneas, sin embargo me gustaría desarrollar al menos dos reflexiones de las narrativas que me parecieron importantes de destacar en este metaanálisis. La primera es la perspectiva de Aurora en torno al problema de la diferencia etaria entre terapeuta y paciente, debido a que le resulta imposible confiar en un tratamiento psicológico en donde quien se posiciona jerárquicamente por sobre ella, en el rol de terapeuta, sea una persona de menor edad. Aurora valida en todo momento los conocimientos que adquieren los psicólogos mediante sus estudios, pero considera que no tienen la experiencia de vida necesaria para aconsejar sobre situaciones que no han experimentado, como la pérdida de un hijo.

La segunda es una reflexión que guarda estrecha relación con la desarrollada por Aurora, esta visión propuesta por Susana y Elena en sus respectivos relatos apunta a la importancia de la horizontalidad en la relación profesional-paciente, afirmando que las condiciones necesarias para sentir la comodidad, vínculo y complicidad necesaria para

³⁶ Ver apartado 4. *Terapia psicológica* de la narrativa de Luisa.

desahogarse emocionalmente se ve facilitada cuando la terapeuta comparte también sus propios problemas, dolores y vulnerabilidades, lo que finalmente la posiciona como un par. Susana agrega que compartir una historia de vida similar con su terapeuta en términos de edad, territorio y clase, la vuelve aún más cercana y como consecuencia el tratamiento resulta ser más eficaz en tanto se construye un vínculo social que sobrepasa el espacio meramente clínico.

En la experiencia de un trato más horizontal en la relación terapeuta-paciente se construiría un vínculo en donde la reciprocidad es el elemento central en la canalización del sufrimiento emocional. Al respecto, el psicólogo norteamericano Kenneth Gergen (2001) afirma que el carácter esencialista y objetivista que caracteriza a los orígenes y desarrollos de la psicología a partir del descubrimiento de la *represión* por Freud, estableció una jerarquía y distanciamiento de los terapeutas con los pacientes con el objetivo de desentrañar una verdad oculta que no puede ser descrita por los pacientes. Gergen plantea que la teoría constructivista ha abierto la posibilidad de romper con la posición tradicional de autoridad para adoptar una posición de colaboración, bajo la perspectiva epistemológica que el profesional no cuenta con un conocimiento trascendental para curar, sino que todo conocimiento adquirido surge de su inmersión cultural e histórica.

Precisamente las mujeres mayores diferencian la terapia psicológica y la terapia psiquiátrica en términos de jerarquía, percibiendo en el psiquiatra una figura más autoritaria que se relaciona de forma más lejana al paciente. Sus experiencias con psiquiatras en establecimientos de salud primaria tienden a ser descritas como citas breves e impersonales, en donde el vínculo con el paciente está mediado por un computador o un informe psicológico desde el cual interpretan los cuadros psicológicos, la sintomatología y los avances que han alcanzado en la psicoterapia. En términos generales, las participantes construyen una imagen del psiquiatra estrechamente vinculado con el proceso de prescripción de psicofármacos, debido a que su figura concentra su poder en la entrega, modificación y cese de las dosis de pastillas que necesitaría cada paciente en determinado periodo de su tratamiento.

Experiencias con el tratamiento psicofarmacológico

El psicólogo chileno Jorge Crespo-Suárez (2021) afirma que si bien la integración de la atención en salud mental a la atención primaria ha resultado exitosa para la reducción del acceso desigual de la población al tratamiento de trastornos mentales, también se ha desarrollado un aumento en el proceso de medicalización de la vida cotidiana de las personas de forma más activa, siendo la farmacoterapia el principal tratamiento utilizado como plan de intervención. Esto se debería a que los diseños de las políticas en salud mental como el plan GES y las Guías Clínicas aún siguen influenciadas por el modelo dominante de la enfermedad mental desarrollado por la psiquiatría biológica, lo que no permitiría un despliegue efectivo del enfoque integral y comunitario que se plantea en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (Minsal, 2017).

El avance de un continuo proceso de farmacologización en la atención de salud mental en Chile se ve reflejado en el acelerado aumento en el nivel de consumo de psicofármacos en el país; el estudio desarrollado por Jirón, Machado y Ruiz (2008) revela un incremento de un 470% en el consumo de psicofármacos entre 1992 y 2004, siendo la fluoxetina el antidepresivo más consumido durante ese periodo en la población encuestada, la cual también se encontraba en su mayoría bajo el consumo de benzodiacepinas (Galleguillos et al., 2003).

A través de las narrativas y los diálogos que tuve con las mujeres mayores que se encontraban consumiendo psicofármacos percibí que las pastillas eran utilizadas fundamentalmente para mitigar los síntomas asociados al malestar cotidiano y lograr rendir las labores diarias; en ningún caso consideran los psicofármacos como una solución al problema de fondo. Clara Han (2022) identificó en la etnografía que realizó en la población La Pincoya una situación similar en una pareja diagnosticada con depresión producto del sufrimiento que les causaba el endeudamiento, la pareja tomaba antidepresivos con el objetivo de conseguir la energía necesaria para levantarse, recuperar el ánimo de forma inmediata y salir de la situación en la que se encontraban; Han incluso reconoció la existencia de una gestión personal de las pastillas para priorizar su consumo en momentos críticos.

Las participantes que estaban consumiendo psicofármacos, específicamente antidepresivos y benzodiacepinas, me relataron una situación similar en donde la decisión de cuánto y cuándo tomar las pastillas respondía más a su propia agencia y percepción corporal-emocional diaria que al régimen que les definía el psiquiatra. En general intentaban evitar un consumo mayor al recetado, en los días que se sentían bien omitían algunas dosis, pero también aumentaban las cantidades cuando surgía una crisis, que podía ir desde sentir mucha ansiedad, desánimo o problemas para conciliar el sueño.

El miedo a la adicción a los psicofármacos fue un problema en el que reflexionaban constantemente, percibí que no hay un reconocimiento claro entre un consumo correcto y otro negativo, aunque generalmente lo correcto responde a si el tratamiento forma parte del régimen de consumo entregado por el experto/a mientras que el negativo es percibido como tal cuando las pastillas son conseguidas por medios externos al espacio clínico, como ferias libres o entre familiares. En general el consumo parcelado o dosis menores a las recetadas no son significadas como negativas, a diferencia de cuando el consumo comienza a ser mayor al recetado.

En el caso específico de Luisa no existe el temor a la adicción, ya que reconoce necesitar de una sustancia para soportar la vida cotidiana y ve en los psicofármacos una mejor alternativa al alcohol, a partir del cálculo que hace entre los efectos positivos y negativos de cada uno. Discutimos sobre la posibilidad de que esta naturalización de la adicción o el uso constante de una sustancia para vivir estuviera relacionada con su diagnóstico de depresión endógena a temprana edad, el cual fue significado por ella como un problema

de salud con el que debería lidiar toda la vida y que si no lo trataba se transformaría en una enfermedad grave, sin embargo no llegamos a conclusiones cerradas al respecto.

La relación con el consumo de pastillas en las mujeres mayores participantes estaría marcado por las buenas o malas experiencias previas con los psicofármacos y qué tan intensas fueron estas; en general si el malestar que generó su consumo fue leve, se vuelve a consumir, en cambio si la experiencia resultó ser perjudicial y traumática, el consumo tiende a verse como algo negativo a evitar. Este último es el caso de Patita y Aurora que tras una mala experiencia con el consumo de un tipo antidepresivo y benzodiazepinas tomaron la decisión de buscar otras alternativas por sobre la farmacoterapia para lidiar con su sufrimiento emocional.

En cambio las mujeres mayores que tuvieron un primer acercamiento a los psicofármacos descrito como desagradable, pero leve, comenzaron luego con un proceso de experimentación con distintos psicofármacos recetados por sus psiquiatras, algo que ocurrió mayoritariamente con los antidepresivos. De acuerdo con sus experiencias en terapia, en la búsqueda del antidepresivo que más se adaptara a sus organismos no recibieron información detallada acerca de las diferencias existentes entre cada una de los medicamentos que tomaban y dejaban de tomar, más allá de ser advertidas de no dejar el tratamiento farmacológico repentinamente.

En cuanto a la percepción sobre la eficacia del tratamiento psicofarmacológico no hubo conclusiones cerradas, Patita y Aurora no confían en los psicofármacos; Luisa está determinada a consumir psicofármacos por toda su vida como una forma de tolerar el sufrimiento, la ansiedad y la desmotivación; Elena ha estado consumiendo de forma intermitente pastillas antidepresivas y benzodiazepinas hace más de 15 años, pero el malestar sigue presente estando bajo tratamiento farmacológico o sin él, la diferencia es que las pastillas la ayudan a resistir cotidianamente. Por último, Susana terminó la psicoterapia durante el periodo en que nos conocimos, con excelentes resultados según sus palabras, pero por orden de su psiquiatra se mantuvo consumiendo antidepresivos y benzodiazepinas hasta el término de la investigación.

IX. A MODO DE CONCLUSIÓN

Como cierre del trabajo de memoria abordaré en este apartado los principales hallazgos que responden la pregunta de investigación planteada, la cual se orientaba a comprender las narrativas de mujeres mayores empobrecidas de La Granja en torno al sufrimiento de trastornos de depresión y ansiedad.

Para acercarnos a la comprensión de las narrativas de conocimientos situados consideré tanto los significados sociales que construyen las mujeres mayores en torno a los trastornos depresivos y de ansiedad entendidos como enfermedades del ánimo; sus historias terapéuticas en salud mental; y por último las condiciones materiales en las que se configuran la vida cotidiana de las participantes desde un enfoque biográfico.

Respecto a la primera perspectiva, las narrativas muestran que las mujeres mayores significan su sufrimiento emocional en torno a la comprensión que hace la psiquiatría de la depresión y la ansiedad como una enfermedad del ánimo. Es decir, adoptan el discurso que establece la biomedicina en torno a que los síntomas que experimentan durante años son causados por un proceso de duelo prolongado. El duelo, entendido como un proceso de sufrimiento normal asociado a la pérdida de un ser querido, ha sido medicalizado por la psiquiatría biológica desde hace por lo menos cuatro décadas (De Morá Solera, 2022) a través de la conceptualización del duelo complicado como un proceso que debe ser intervenido y tratado médicamente.

El duelo que se prolonga a partir de un evento trágico, como la muerte de un hijo o familiar cercano, es comprendido por las mujeres mayores como el origen de su depresión y ansiedad por dos motivos que se asocian directamente con la medicalización del duelo. El primer motivo es la creencia de que el ámbito médico es el lugar correcto para lidiar con el sufrimiento asociado a la pérdida, una visión que las impulsa a buscar ayuda en Centros de Atención Primaria desde los cuales son derivadas al área de salud mental, sin dejar de lado que en algunos casos son las mismas instituciones médicas las que intervienen luego de una pérdida traumática con el fin de proporcionar ayuda temprana. El segundo motivo es una consecuencia del anterior, me refiero al diagnóstico médico, que cumple la función de objetivar el duelo como la causa principal tras el sufrimiento emocional.

Debido a esto se puede entender que los significados que establecen las mujeres mayores sobre sus cuadros de depresión y ansiedad están estrechamente relacionados e influenciados por el diagnóstico médico que recibieron, debido a que el diagnóstico resulta fundamental tanto para darle un sentido al malestar subjetivo que están experimentando como también para buscar mecanismos que les permita afrontar el sufrimiento cotidiano.

Las historias terapéuticas en salud mental de las participantes nos muestran que la psicoterapia y la farmacoterapia son los dos principales tratamientos utilizados para los cuadros de depresión y ansiedad. Por un lado, la psicoterapia es el método con el que comienzan la terapia médica y es también el más extendido teniendo en consideración que las cinco participantes estuvieron en terapia durante distintos lapsos de tiempo. Las percepciones acerca de la efectividad de la psicoterapia fueron diversas, desde escepticismo hasta confianza, las cuales estaban determinadas en gran medida por el nivel de afinidad que lograban alcanzar junto a los psicólogos o psicólogas que les

atendían. Por otro lado, el consumo de psicofármacos no era aceptado por todas, y entre quienes los utilizaban como tratamiento de regulación del ánimo y sueño era comprendido únicamente como un método paliativo para disminuir sus síntomas y lograr rendir en las actividades diarias de reproducción de la vida cotidiana en un contexto de precariedad.

Esto nos lleva a la segunda perspectiva, entender cómo las condiciones materiales de vida inciden en el surgimiento y desarrollo de los trastornos de ánimo que padecen las mujeres mayores empobrecidas. Las narrativas evidencian que el aspecto material no es considerado causa primordial o desencadenante del sufrimiento subjetivo de las participantes, sino que es significado como un factor estructural que les afecta emocionalmente de forma constante y soterrada a través de sensaciones de angustia, ansiedad, desánimo y agobio. Algunas de las participantes reconocen que estos síntomas provocados por sus condiciones de vida también cumplen un rol considerable en su sufrimiento emocional cotidiano, pero no llegan a ser significados como parte de una enfermedad, o al menos no lo comprenden como la causa del desarrollo de los trastornos de depresión y ansiedad.

El abordaje desde el curso de vida hace patente que la pobreza en la que viven las mujeres mayores está determinada en gran medida por sus trayectorias laborales, que pese a sus diferencias biográficas, encuentran un factor común en el desempeño de trabajos de cuidado no remunerados o mal remunerados, que en ocasiones comenzaban a realizar en la infancia. Esta situación se traduce en bajas pensiones en la etapa de la vejez, con montos que corresponden a mucho menos del valor del sueldo mínimo, lo que demuestra que los cuidados, como un rol de género que recae tradicionalmente en las mujeres, son un elemento central para comprender la relación entre la pobreza y el desarrollo de problemas de salud mental en mujeres durante la vejez, en tanto también se configuran como una carga moral.

De acuerdo con las narrativas, la precariedad se refleja principalmente en la falta de acceso a necesidades materiales básicas para el desarrollo de una seguridad y estabilidad emocional durante la vejez, tales como el derecho a una vivienda digna y el acceso efectivo a la salud.

El factor económico también se relaciona con la inestabilidad emocional a partir de la pérdida de autonomía durante la vejez. Los relatos dan cuenta de una lucha constante por mantener la autonomía personal que está determinada por la capacidad que pueden tener las mujeres mayores de reproducir y sostener sus vidas cotidianas. En este escenario, además de las condiciones materiales, el deterioro del cuerpo o el miedo al deterioro producto del envejecimiento resulta ser una preocupación constante que les afecta a nivel emocional, ya que puede significar no sólo la pérdida de la autonomía, sino que también pasar a ser una carga para sus hijos o familiares cercanos.

En esta misma línea, la soledad en la vejez fue una situación que surgió a lo largo de las narrativas en torno a la comprensión de las mujeres mayores sobre sus problemas emocionales asociados a los síntomas depresivos. El manejo de la pandemia en el mundo y específicamente en Chile exacerbó las emociones negativas asociadas a la soledad por medio de las restricciones tomadas para frenar los contagios. Las estrategias de confinamiento total y parcial que se adoptaron en el país, que duraron cerca de dos años, interrumpieron el contacto presencial de las participantes con sus principales lazos

sociales, entre ellos sus amistades y familiares. El miedo al contagio y el rol de los medios de comunicaciones en la entrega de información sobre el avance de la pandemia también provocó el aumento de síntomas de ansiedad con respecto al futuro y la posibilidad de enfermar.

En síntesis, las narrativas de las cinco mujeres mayores de La Granja en torno al sufrimiento de trastornos depresivos y ansiedad se caracterizan por estar fuertemente influenciadas por la medicalización del duelo prolongado encarnado en el diagnóstico médico que recibieron en los servicios de salud pública. Tras el diagnóstico, sus historias terapéuticas demostraron que la psicoterapia y la farmacoterapia fueron los principales tratamientos utilizados para afrontar el sufrimiento cotidiano, aunque su efectividad fue percibida de manera diversa por cada una de las mujeres mayores. También se evidenció que las condiciones materiales tuvieron un impacto constante y silencioso en su sufrimiento emocional, y a pesar de que no se reconoce como la causa principal del malestar, sus repercusiones a nivel anímico fueron expresadas como un agobio cotidiano que guardó relación con la falta de acceso a bienes y servicios considerados básicos para el bienestar emocional durante la vejez. Por último, las biografías de las mujeres mayores permitieron entender que su pobreza estuvo determinada directamente por las desigualdades de género y clase que experimentaron a lo largo de su trayectoria de vida.

X. REFLEXIONES METODOLÓGICAS FINALES

La utilización de una metodología crítica feminista en la investigación resultó ser un ejercicio enriquecedor, y a pesar de que su puesta en práctica supuso un trabajo mucho más extenso y exhaustivo que utilizar una metodología tradicional, me significó estar en un constante cuestionamiento y aprendizaje no solo en los aspectos metodológicos sino también en lo epistemológico. En experimentar y adentrarse hacia otras formas de producir conocimiento que pongan en tensión la forma en cómo nos vinculamos y el porqué y para qué de la labor de investigación antropológica.

Mi primer acercamiento al uso y desarrollo de la herramienta de las producciones narrativas en el territorio tuvo como consecuencia una serie de reflexiones sobre las diferencias que existen entre el modelo teórico ideal de cómo llevar a cabo la metodología y lo que en realidad ocurre al ponerla en práctica. A partir de este ejercicio reflexivo pude reconocer algunos de los alcances, límites y aperturas que se desprendieron de esta experiencia.

Un aspecto fundamental de las metodologías críticas apunta a construir relaciones de mayor horizontalidad entre quien investiga y las personas o grupos que participan de los estudios. Para ello el objetivo es que las personas participantes se muevan desde la

posición de informantes hacia la de participantes o colaboradoras. Los obstáculos para que ese cambio ocurra son diversos y cada uno con distintos grados de complejidad.

En mi trabajo junto a las mujeres mayores de La Granja, pude identificar al menos tres grandes obstáculos que dificultan establecer un vínculo más horizontal. En primer lugar, el nivel de escolaridad y la posición misma como investigador establece una jerarquía desde la cual se daba por hecho que yo debía ser quien daba las directrices de la estructura temática de las discusiones, además de dictaminar si lo que las participantes proponían estaba correcto o incorrecto. Ejemplo de esto es una frase que se repitió durante el proceso, luego de dar su opinión, algunas de ellas me decían “Eso es lo que yo pienso sobre esto, no sé si está bien, usted vea si le sirve”.

En segundo lugar, la escritura fue un obstáculo en el nivel de participación y horizontalidad. El desarrollo de las producciones narrativas implica necesariamente la creación de un relato crítico-argumentativo, y mi elección para ocupar esta técnica con mujeres mayores fue por considerar que la retribución de una narrativa suponía un documento mucho más accesible que un informe de investigación escrito en lenguaje académico. Pero no advertí que la escritura no necesariamente es un ejercicio que resulta cómodo para todas las personas. Su negativa a realizar grandes modificaciones a los borradores de los relatos se relaciona principalmente a la dificultad de redactar haciendo uso de un lenguaje técnico, que aunque en menor medida que otros textos, sigue siendo relevante en una producción narrativa.

Y, en tercer lugar, motivada por la naturaleza del tema en cuestión, se produjo una tendencia a asumir roles análogos al de terapeuta-paciente durante las reuniones de trabajo. La adopción de estos roles se traducía, por mi parte, en mantenerme por largo rato en estado de escucha activa, mientras que ellas, cumplían la función de narrar sus problemas, visiones y reflexiones siempre basándose en las experiencias vividas a lo largo de su vida. El espacio de construcción en conjunto de argumentos críticos en torno a la problemática surgía principalmente en los momentos en que yo salía de ese rol y compartía mis propias experiencias y perspectivas sobre la salud mental, lo que al mismo tiempo permitía establecer un vínculo de mayor naturalidad y horizontalidad.

Por su parte, el objetivo al que aspiran las producciones narrativas de co-construir un relato en lógica crítica-argumentativa fue un desafío difícil. Ya que la investigación fue desarrollada junto a mujeres mayores cuyo principal acercamiento a los problemas relacionados con su salud mental es el espacio clínico, no tenían una postura politizada previa sobre el tema, debido a que el área de la salud es un ámbito en donde el saber lo hegemoniza la medicina.

Se puede considerar que la no-politización previa de las participantes es una limitante en nuestro objetivo de plasmar argumentos más profundos o intelectuales, en comparación con el alcance que se puede llegar con un grupo politizado que tenga clara sus posturas y críticas, sin embargo, el escrito alcanza otras cualidades y niveles de relevancia. Resulta enriquecedor a nivel social y teórico porque se construye un debate de ideas, una apertura a nuevas experiencias y miradas, tanto para el investigador/a como para las

personas participantes; en otras palabras, no se da un diálogo entre convencidos, sino un más fructífero diálogo en la diferencia.

Otro cuestionamiento primordial desplegado por las metodologías feministas apunta a repensar el para qué del trabajo investigativo, la respuesta a esta interrogante es la búsqueda de transformar la realidad, es decir, que la labor de investigación vaya ligada de un compromiso político con los espacios y grupos sociales en los que se interviene. Resulta complejo avanzar hacia este propósito si los objetivos de la investigación son establecidos unilateralmente por quienes investigan antes de establecer siquiera contacto con el territorio y participantes, sin conocer ni considerar sus realidades, necesidades y anhelos en la formulación del proyecto de investigación.

Por distintos motivos, hasta el momento del término de este escrito, el alcance de los cambios y transformaciones de nuestras realidades se generaron más a nivel personal que colectivo. Si bien los relatos construidos son un material significativo para impulsar un activismo político en torno a la problemática de la salud mental y la pobreza en mujeres mayores, hubo otro proceso de transformación relevante que debe explicarse.

De acuerdo con la visión de todas las participantes, la mayor transformación que produjo el proceso de investigación fue de carácter emocional. Por una parte, las sesiones de conversación y discusión cumplieron una labor cuasi terapéutica al construir un espacio en el cual relatarnos y escucharnos los distintos problemas que afectan nuestra salud mental. Por otra parte, está la importancia de la materialidad escrita del relato, debido a que la textualización de los diferentes episodios dolorosos de la vida plasmados en el papel permite estructurar y darle coherencia al sufrimiento (Veena Das, 2017). La lectura de un material que es propio, tanto en su contenido como en su elaboración, da lugar a una satisfacción personal que repercute a nivel emocional pues permite atribuir significados a lo que sentimos.

Una última reflexión metodológica discutida con las participantes fue el tema de la autoría de los documentos elaborados y el conflicto que este suscita con el resguardo del anonimato. Solo dos colaboradoras quisieron ocupar sus nombres reales para firmar las producciones narrativas, pero a partir de un consenso general decidimos mantener el uso de seudónimos, teniendo en consideración que se trata de un trabajo de memoria de pregrado con escasa divulgación. De todas maneras, es una discusión ética que no quedó completamente resuelta.

Para cerrar quisiera manifestar dos desafíos que por motivos de tiempo y extensión quedaron sin resolverse y que pueden ser abordados en el futuro. En primer lugar, la necesidad de experimentar con otras técnicas metodológicas que no utilicen únicamente la escritura como forma de construcción de conocimiento, a través de las cuales se puedan transmitir expresiones como la oralidad y la corporalidad. En segundo y último lugar, haber indagado con mayor profundidad las repercusiones psicológicas que tuvo la responsabilidad moral de *cuidar* (Gilligan, 1993) después de experimentar episodios de abuso y violencia de género desde sus infancias.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Andréu, J. (2000). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. *Fundación Centro Estudios Andaluces - Universidad de Granada*, 10(2), 1 - 34.
- Arenas de Mesa, A. (2000). Cobertura previsional en Chile: lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado. Santiago: CEPAL.
- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2013). *Medical Anthropology and the World System: Critical Perspectives: Critical Perspectives*. California: Praeger.
- Balash, M., & Montenegro, M. (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. *Encuentros en Psicología Social*, 1(3), 44-48.
- Bandini, J. (2015). The medicalization of bereavement:(Ab) normal grief in the DSM-5. *Death studies*, 39(6), 347-352.
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(6), 329-339.
- Batjin, M. (1982). *Estética de la creación verbal*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Batthyány, K. (2008). Género, cuidados familiares y uso del tiempo. Informe final de investigación, Montevideo, UNIFEM, INE.
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, conocimiento y Sociedad*, 8(2), 147-175.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de población*, 5(8), 5-31.
- Cadem. (2019). El Chile que viene. Salud. Recuperado de: https://www.cadem.cl/wp-content/uploads/2019/08/Chile-que-viene-Junio-2019_Salud_VF.pdf
- Cardona, L. G. (2013). Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. *Maguaré*, 27(2), 21-65.
- Casen. (2013). *Adultos Mayores. Síntesis de Resultados*. Documento de trabajo. Chile: MIDEPLAN. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2013/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf

Castillo, M., Sanhueza, C., Rosales-Salas, J., & Sandoval, D. (2022). Pobreza de tiempo, género y vivienda social en Santiago de Chile. Un análisis cualitativo. *EURE (Santiago)*, 48(143).

Centro de políticas públicas UC y AAFP. (2017). Adultos mayores: un activo para Chile. Recuperado de: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2017/06/Adultos-Mayores-un-activo-para-Chile.pdf>

Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Focus*, 16(4), 420-429.

Cociña, C. (2016). Habitar Desigualdades: Políticas Urbanas y el despliegue de la vida en Bajos de Mena. *Serie de Documentos de trabajo de PNUD*, 5.

Correa-Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M. M., & Martínez Hernández, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 47-69.

Crespo-Suárez, J. (2021). Reduccionismo biomédico y patologización en la atención de salud mental ¿Estamos sobremedicalizando en la atención primaria? *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), 113-124.

Das, V. (2008). Sufrimientos, teodiceas, prácticas disciplinarias y apropiaciones. En Ortega, F. A. (Ed.), *Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 437-458). Bogotá: Colección Lecturas CES.

Das, V. (2017). Cómo el cuerpo habla. *Etnografías Contemporáneas*, 3(5), 302-339.

Dein, S., & Huline-Dickens, S. (1997). Cultural aspects of aging and psychopathology. *Aging & Mental Health*, 1(2), 112-120.

De Mora Solera, L. (2022). *¿Hacia la patologización del duelo? Antecedentes contextuales, aspectos clínicos e implicaciones* (Bachelor's thesis).

Enríquez, C. R. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva sociedad*, 256, 30-44.

Fabrega, H. (1993). Biomedical psychiatry as an object for a critical medical anthropology. Knowledge, Power and Practice. *The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, 166-188.

Faraone, S., Arizaga, C. (2008). La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. *Informe final para Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR*. Recuperado de: https://www.academia.edu/3028650/La_medicalizaci%C3%B3n_de_la_infancia_Ni%C3%B1os_escuela_y_psicotr%C3%B3picos_Informe_final_Diciembre_2008

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista colombiana de Antropología*, 40, 283-318.

Faur, E., & Tizziani, A. (2017). Mujeres y varones entre el mercado laboral y el cuidado familiar. *Faur, Eleonor (compiladora): Mujeres y varones en la Argentina de hoy. Géneros en movimiento*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Feixa, C. (1996). Antropología de las edades. En Prat, J., & Martínez, A. (Ed.), *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat* (pp. 319-335). Barcelona: Editorial Ariel S.A.

Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual review of clinical psychology*, 8, 109-130.

Galaz, C; & Álvarez, C. (2020). Análisis Cualitativo feminista: una propuesta crítica desde las producciones narrativas. Klaudio Duarte (Ed). *Separar para construir. Análisis cualitativo de información*. Santiago: Social Ediciones, Universidad de Chile.

Galleguillos, T., Risco, L., Garay, J. L., González, M. y Vogel, M. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131(5), 535-540.

Gardiner, J. (2005). El trabajo doméstico de las mujeres. Debate sobre el trabajo doméstico (pp. 91-108). México: UNAM Antología.

Gaudichaud, F. (2015). Las fisuras del neoliberalismo maduro chileno. Buenos Aires: Clacso.

Gergen, K., & Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17(1), 11-27.

Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Aldine Transaction.

Goffman, E. (1969). The insanity of place. *Psychiatry*, 32(4), 357-388.

Goikoetxea, I. G., & Fernández, N. G. (2014). Producciones narrativas: una propuesta metodológica para la investigación feminista. En Mendia Azkue, I., Luxán, M., Legarreta, M., Guzmán, G., Zirion, I., & Azpiazu Carballo, J. (eds). *Otras formas de (re) conocer: Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*. (pp. 97-110). Bilbao: UPV/EHU.

Hamann, T. H. (2009). Neoliberalism, governmentality, and ethics. *Foucault studies*, 37-59.

Han, C. Y. (2022). *La vida en deuda: Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal*. Santiago: LOM Ediciones.

Haraway, D. J. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Harper, P. G. (2019). Reflexiones teóricas sobre infancia y el trabajo infantil bajo la perspectiva del curso de vida. Ixaya. *Revista Universitaria de Desarrollo Social*, (17), 18-32.

Harvey, D. (2007). Breve historia del neoliberalismo. Madrid: Ediciones Akal.

Heiss, C. (2020). Chile: entre el estallido social y la pandemia. *Análisis Carolina*, (18), 1.

Herrera, C. D. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista general de información y documentación*, 28(1), 119.

Herrera, S., Fernández, M., Elgueta, R., Giacoman, C., Leal, D., Rubio, P., Marshall, & Bustamente, F. (2021). Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19. Centro de Envejecimiento y vejez, Pontificia Universidad Católica de Chile, UC, e Instituto de Estudios Avanzados Universidad de Santiago, USACH. Recuperado de https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro_calidad-de-vida-pm-y-covid-19-pdf

Hochschild, A., & Machung, A. (2012). The second shift: Working families and the revolution at home. London: Penguin books.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874.

Huenchuan, S. (2004). Pobreza y redes de apoyo en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género. En I Congresso da Associação Latino Americana de População.

Illich, I. (1975). Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores.

Instituto de Previsión Social. (2022). Resuelva aquí sus dudas sobre la Pensión Garantizada Universal. Recuperado de: <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/noticia/1421812212591/resuelva-dudas-sobre-la-pension-garantizada-universal>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Censo de población y vivienda. Recuperado de: <http://resultados.censo2017.cl/Home/Download>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Síntesis de resultados Censo 2017. Recuperado de: <http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

Jirón, M., Machado, M. & Ruiz, I. (2008). Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista médica de Chile*, 136(9), 1147-1154.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS medicine*, 5(2), e45.

Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. California: University of California Press.

Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447-454.

Kleinman, A. (1997). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Univ of California Press.

Kleinman, A. (2012). Medical anthropology and mental health: five questions for the next fifty years. In M. Inhorn & E. Wentzell (Ed.), *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*, (pp. 116-128). North Carolina, United States: Duke University Press.

Lamas, M. (2013). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. *México: Porrúa*.

Lock, M., & Scheper-Hughes, N. (1990). A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. *Medical anthropology: Contemporary theory and method*, 3, 47-73.

Madrid, J. C. C. (2018). Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 39-52.

Márquez. I. M. (2010). De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Perifèria. Revista d'investigació i formació en Antropologia*, 12(1), 36-60.

Martínez, Á. (1998). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 18(68), 645-659.

Martínez, Á. (2000). Anatomía de una ilusión: el DSM-IV y la biologización de la cultura. En E. Perdiguero & J. M. Comelles (Ed.), *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 249-276). Barcelona: Bellaterra.

Martínez, Á. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos ed.

Martínez, Á., & García, A. M. (2010). «Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud mental*, 33(2), 145-152.

Medina-Vicent, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon Revista internacional de filosofía*, (67), 83-98.

Mesa Social COVID-19. (2020). Salud mental en situación de pandemia. Recuperado de: https://www.uchile.cl/documentos/salud-mental-en-situacion-de-pandemia-documento-par-a-mesa-social-covid-19_162386_0_5157.pdf.

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Nueva_Metodologia_de_Medicion_de_Pobreza.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2014). Programa nacional de salud de las personas adultas mayores. Recuperado de: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03_14.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2017). Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2015-2016. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Segunda entrega de resultados. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

Mishler, E. G. (1981). Viewpoint: Critical perspectives on the biomedical model. En Mishler, E. G. (Ed.), *Social contexts of health, illness, and patient care* (9-23). Cambridge: Cambridge University Press.

Natella, G. (2008). La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En Cannellotto, A., & Luchtenberg, E. (Ed.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión* (pp. 6-47). Buenos Aires: Universidad General de San Martín.

Organización de las Naciones Unidas. (2015). World Population Ageing. Recuperado de: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, (22), 1-28.

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.

Oyarce Pisani, A. M. (2021). Cultura y Depresión: reflexiones, dilemas y propuestas para una abordaje dialógico desde la salud mental colectiva. En *Repensar la salud mental*

colectiva: diálogos, saberes y encrucijadas (pp.183-228). Santiago: Editorial Contrakorriente.

Pang, K. Y. C. (1994). Understanding depression among elderly Korean immigrants through their folk illnesses. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(2), 209-216.

Pérez, C. (2009). Sobre la condición social de la psicología. Santiago: Lom Ediciones.

Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.

Puello-Socarrás, J. F. (2013). Ocho tesis sobre el neoliberalismo (1973-2013). En H. Ramírez (Ed.), *Neoliberalismo sul-americano em clave transnacional: enraizamento, apogeu e crise* (pp. 13-57), São Leopoldo: Editora Oikos.

Ramírez, S. (2017). Los derechos sociales como crítica del modelo neoliberal: antagonismos emergentes en el Chile Actual. *Academia y Crítica*, (1), 32-55.

Ruiz Encina, C., & Boccoardo, G. (2015). Los chilenos Bajo el Neoliberalismo: clases y conflicto social. *De raíz diversa*, 3(5), 211-220.

Sabatini, F. (2002). La segregación de los pobres en las ciudades: un tema crítico para Chile. *Revista Centro de Investigación Social 1*(Invierno 2002), 18-23.

Scheper-Hughes, N. (1993). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Univ of California Press.

Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*, 17(4), 423-441.

Sisto, V. (2015). Bajtin y lo Social: Del discurso a la actividad dialógica heteroglósica. *Athenea Digital*, 15(1), 3-29.

Spencer, P. (1990). *Anthropology and the Riddle of the Sphinx: Paradoxes of Change in the Life Course*. London: Routledge.

Subsecretaría de Previsión Social. (2018). Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario. Recuperado de: https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam_resultados_junio2018.pdf

Subsecretaría de Previsión Social. (2019). Informe estadístico mensual del Pilar Solidario. Recuperado de: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/estadisticas-previsionales/informe-estadistico-mensual-del-pilar-solidario/iem-2019/iem-ps-2019-09.pdf>

Subsecretaría de Previsión Social. (2022). Informe estadístico mensual de Pensión Garantizada Universal y Pilar Solidario. Recuperado de:

<https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/estadisticas-previsionales/informe-estadistico-mensual-del-pilar-solidario/iem-2022/iem-ps-2022-02.pdf>

Sy, A. (2016). La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1531-1539.

Taussig, M. (1995). La reificación y la conciencia del paciente. En *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente* (pp. 110-43). Barcelona: Gedisa.

Troncoso Pérez, L., Galaz Valderrama, C., & Álvarez, C. (2017). Las producciones narrativas como metodología de investigación feminista en Psicología Social Crítica: Tensiones y desafíos. *Psicoperspectivas*, 16(2), 20-32.

Wittink, M. N., Dahlberg, B., Biruk, C., & Barg, F. K. (2008). How older adults combine medical and experiential notions of depression. *Qualitative Health Research*, 18(9), 1174-1183.

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*, 11(1), 257-285.

Young, A. (1991). Emil Kraepelin and the origins of American psychiatric diagnosis. In B. Plefeiderer & G. Bibeau (Ed.), *Anthropologies of medicine* (pp. 175-181). Alemania: Vieweg Teubner Verlag

Yuni, J. A. (2011). *La vejez en el curso de la vida*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.

XII. ANEXOS

XII.1. Anexo 1: Documento de consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pobreza y salud mental: Narrativas de mujeres mayores de La Granja sobre el sufrimiento de trastornos depresivos y de ansiedad

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación *Pobreza y salud mental: Narrativas de mujeres mayores de La Granja sobre el sufrimiento de trastornos depresivos y de ansiedad*. Su objetivo es comprender las narrativas de mujeres mayores empobrecidas de La Granja en torno al sufrimiento de trastornos de depresión y ansiedad. Usted ha sido seleccionada porque cumple con los siguientes criterios: es una mujer mayor de 60 años, recibe la Pensión Básica Solidaria de Vejez y ha asistido a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por un diagnóstico de trastorno depresivo y de ansiedad.

El investigador responsable de este estudio es el estudiante Matías Araya Tessini, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en una serie de encuentros presenciales, a modo de diálogo / conversación. Las conversaciones durarán alrededor de dos horas y contempla varias preguntas sobre la relación entre la depresión/ansiedad y la vejez en contexto de pandemia, haciendo hincapié en su biografía, pero también considerando los factores sociales, económicos, culturales y políticos que influyen en su salud mental. Se creará un relato sobre las conclusiones alcanzadas en conjunto entre participante e investigador con la finalidad que este relato refleja las reflexiones hechas en cada encuentro.

Las reuniones se realizarán de forma presencial, el día y hora que usted estime conveniente. Tomando todos los resguardos necesarios en torno al contexto sanitario.

Para facilitar el análisis posterior, estas reuniones serán grabadas. Usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando lo desee.

Riesgos: La presente investigación no supone ningún riesgo para el o la participante, ya que se respetarán todas las normativas sanitarias vigentes.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para conocer cómo afecta las condiciones materiales en el padecimiento de trastornos mentales.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad y anonimato: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva por el investigador. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular, ya que se utilizaron seudónimos con el objetivo de preservar su anonimato. La información grabada en conversaciones y entrevistas será guardada y utilizada únicamente por el investigador, por el tiempo en que dure la investigación y con el objetivo de crear un relato que dé cuenta de su mirada sobre la temática tratada.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se le contactará y hará entrega del estudio una vez finalizado.

Datos de contacto: Si requiere mayor información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al investigador responsable de este estudio:

Matías Araya Tessini
Teléfono: +56971958382
Dirección: Calle El Pino, 829, El Bosque, Santiago.
Correo Electrónico: matias.arayat@gmail.com

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación, Facultad Ciencias Sociales, Universidad de Chile:

Teléfono: (56-2) 2977 2443
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio *Pobreza y salud mental: Narrativas de mujeres mayores de La Granja sobre el sufrimiento de trastornos depresivos y de ansiedad..*

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

XII.2. Anexo 2: Primera pauta de discusión (2021)

Pauta de discusión

1. Categoría: *Biografía, curso de vida y envejecimiento*

- i. Aspectos importantes de su trayectoria de vida: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- ii. Lazos familiares y sociales actuales.
- iii. Características sobre su envejecimiento.
- iv. Edad cronológica, edad social y edad sentida.
- v. Metas e inquietudes durante la vejez.
- vi. Visión de la sociedad sobre los viejos/viejas: invisibilización, soledad y productividad.
- vii. Trastornos del ánimo: situaciones y experiencias de vida que transformaron la forma de afrontar la vida.
- viii. Fortalezas y debilidades al afrontar un trastorno del ánimo durante la vejez.

2. Categoría: *Condiciones materiales*

- i. Pandemia y grupo de riesgo.
- ii. Pensión básica solidaria de vejez.
- iii. Neoliberalismo y derechos sociales fundamentales: salud, educación, jubilación.
- iv. Comuna donde habita: entorno, espacios de recreación, deportes, cultura, seguridad, arraigo territorial.
- v. Situación laboral: trabajo remunerado o no remunerado.
- vi. Consecuencias de la ideología neoliberal: individualismo, consumismo, arribismo, endeudamiento, desigualdad.
- vii. Nivel de carga diaria: horarios, movilización, estrés.
- viii. Relación entre las condiciones materiales y la aparición de problemas emocionales.

3. Categoría: *Significados del malestar subjetivo*

- i. ¿Cuál es el origen de lo que siento?
- ii. ¿Cuándo aparece por primera vez el malestar?
- iii. ¿Qué siento? síntomas y experiencias previas.
- iv. ¿Cómo lidiar con el problema emocional?
- v. Categorías médicas o categorías propias para referirse al problema emocional.
- vi. Autodiagnóstico, diagnóstico social o diagnóstico médico.

4. Categoría: *Biomedicina, diagnóstico y terapia*

- i. Medicalización: creación de nuevas categorías sobre enfermedades del ánimo.
- ii. Búsqueda de ayuda y diagnóstico médico (experiencia).
- iii. Opinión sobre tratamiento psicológico o psiquiátrico (ventajas y desventajas).
- iv. Relación médico / paciente.
- v. Psicofármacos: necesidad del uso de pastillas para lidiar con los síntomas, aumento del uso; prescripción y efectos secundarios.
- vi. Automedicación.

XII.3. Anexo 3: Segunda pauta de discusión (2022)

Pauta de discusión

1. Aspectos culturales de la vejez y el envejecimiento en Chile.
 - a. ¿Cuál es su edad? Edad cronológica, edad social y edad sentida.
 - b. ¿Qué significa ser mujer adulta mayor en Chile? Soledad e invisibilización, estereotipos.
2. Curso de vida y trastornos mentales.
 - a. Acontecimientos o experiencias límites que transformaron su forma de afrontar la vida.
 - b. Fortalezas y debilidades de afrontar una etapa de depresión en la vejez.
 - c. Repercusiones a nivel emocional de formar parte del denominado “grupo de riesgo” en pandemia.
3. Condiciones sociales-político-económicas y trastornos depresivos y ansiedad.

- a. Trastornos emocionales y acceso a derechos básicos en la vejez: pensiones dignas, salud, entretención/cultura, vivienda, educación, paz social.
 - b. Ideología - ethos neoliberal: individualismo, consumismo, endeudamiento, desigualdad, y relación con los trastornos emocionales.
4. Significados del malestar subjetivo - ¿cómo es padecer depresión?
- a. ¿Cuál es el origen de lo que siento?
 - b. ¿Cuándo aparece por primera vez el malestar?
 - c. ¿Qué siento? Síntomas y experiencias previas.
 - d. ¿Cómo avanzar hacia una sanación? a corto y mediano plazo.
 - e. Autodiagnóstico, diagnóstico social o diagnóstico médico
5. Biomedicina, diagnóstico y terapia
- a. Experiencia con la búsqueda de ayuda profesional y diagnóstico médico.
 - b. Opinión sobre el tratamiento psicológico o psiquiátrico.
 - c. Relación médico-paciente.
 - d. Consumo de pastillas, medicina alternativa y automedicación.