



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TESIS

MUJERES DE LA REGIÓN OTOMÍ-TEPEHUA. UN ANÁLISIS SOBRE SU
SALUD MENTAL DESDE LA EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA.

Para obtener el grado de Maestría en Psicología de la Salud

PRESENTA

Lic. María Guadalupe León Guerra

Directora

Dra. Itzia María Cazares Palacios

Co-Directora de Tesis

Dra. Alicia Hernández Montaña

Comité tutorial

Dra. Deysy Margarita Tovar Hernández

Dra. Dayana Luna Reyes

Dra. Flor de María Erari Gil Bernal

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., México., noviembre de 2024

Mtra. Ojuky del Rocio Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
Presente

El Comité Tutorial de la TESIS titulada: "Mujeres de la Región Otomí-Tepehua. Un análisis sobre su salud mental desde la epistemología feminista", realizada por la sustentante María Guadalupe León Guerra con número de cuenta 162565, perteneciente al programa de posgrado de Maestría en Psicología de la Salud, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente "Amor, Orden y Progreso"
 Pachuca, Hidalgo a 22 de noviembre de 2024

El Comité tutorial

DIRECTORA

Dra. Itzia María Cazares Palacios

CO-DIRECTORA

Dra. Alicia Hernández Montaño

MIEMBRO DEL COMITÉ

Dra. Dayana Luna Reyes

MIEMBRO DEL COMITÉ

Dra. Deisy Margarita Tovar Hernández

MIEMBRO DEL COMITÉ

Dra. Flor de María Erari Gil Bernal



C.C.P. Archivo
 RMEGS/

Cecinto ex-Hacienda La Concepción s/n
 Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
 Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4325, 4313,
 4326
 psicologia@uaeh.edu.mx

Agradecimientos

Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONAHCyT), con número de CVU 1104987.

Agradezco el apoyo, paciencia y sororidad de mi Comité tutorial formado por: Dra. Itzia María Cazares Palacios, Dra. Alicia Hernández Montaña, Dra. Deysy Margarita Tovar Hernández, Dra. Dayana Luna Reyes y Dra. Flor de María Erari Gil Bernal, sin duda todas sus sugerencias me ayudaron a concluir esta meta.

Quiero agradecer a Dios, por brindarme la posibilidad de entrar en este posgrado y permitirme concluirlo.

Mi esposo pilar importante para mí, sin su apoyo, amor y comprensión no hubiera podido lograrlo, gracias por creer en mí y por amarme. Mis hijos que son fuente de motivación y alegría en mi vida, estoy cierta que cuando lean estos agradecimientos serán adultos y sepan que lo que me impulsó para terminar, fue enseñarles que todo lo que se propongan se puede lograr, aun cuando haya dificultades.

Agradezco a mi madre y hermana por su amor, apoyo y ayuda incondicional en cada momento.

“El ser humano hace planes, pero la palabra final la tiene Dios”, (proverbios 16:1).

ÍNDICE

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
Capítulo 1. Mujeres rurales: sus malestares asociados con la depresión y explicados desde el enfoque de los determinantes sociales.....	11
1.1. Contextual actual de la problemática.....	12
1.2 Depresión: Definición y abordaje desde el Modelo biomédico.....	15
1.3 Críticas desde los estudios sociales y de género al modelo biomédico.....	18
1.4 Determinantes socioculturales asociados.....	23
1.5 Depresión en las mujeres rurales.....	26
Capítulo 2. Posicionamiento teórico: Punto de vista de las mujeres.....	30
Capítulo 3. Estrategias de Resistencias en las Mujeres	34
3.1 Definición de resistencia	35
3.2 Estudios sobre las resistencias en las mujeres.....	37
3.3 Las estrategias de resistencia de las mujeres y la depresión.....	42
Capítulo 4. Planteamiento del problema.....	45
4.1 Relevancia social.....	48
Capítulo 5. Método.....	49
5.1 Pregunta de investigación	49
5.1.1 Preguntas secundarias.....	49
5.2 Objetivo general.....	50
5.2.1 Ojetivos específicos.....	50
5.3 Diseño y alcance del estudio	51
5.4 Población.....	51
5.5 Estrategia muestral.....	52
5.6 Procedimiento.....	52
5.7 Criterios de inclusión.....	54

5.8 Criterios de exclusión.....	54
5.9 Tipo de estudio.....	54
5.10 Variables.....	54
5.10.1 Definición conceptual.....	54
5.10.2 Definición operacional.....	55
5.11 Campo epistemológico	57
5.12 Técnicas de recolección de datos.....	58
5.13 Participantes.....	58
5.14 Criterios de selección de la muestra.....	59
5.15 Conformación de la muestra.....	60
5.16 Técnicas de análisis de información.....	60
5.17 Áreas y ejes de exploración (establecidas a priori con base en lo señalado por la literatura.....)	61
5.18. Características sociodemográficas de las mujeres.....	62
5.19 Aspectos éticos de la investigación.....	64
5.20 Cronograma de actividades.....	64
Capítulo 6. Resultados.....	65
6.1 Puntos de vista de la depresión desde las mujeres.....	66
6.2 Estrategias sutiles de resistencia de las mujeres.....	75
Capítulo 7. Discusión y Conclusiones.....	84
VII. Referencias.....	90

Resumen

La depresión se caracteriza por una tristeza profunda, cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo. Existen estudios desde la teoría crítica que señalan que los factores biológicos no alcanzan por sí solos para explicar los estados depresivos, por lo tanto, se analiza si la división sexual del trabajo y las desigualdades entre mujeres y hombres, así como otros factores psicosociales tales como el género y la clase social se asocian con los malestares de la depresión, contemplando a su vez cuales son las estrategias de resistencia que presentan las mujeres ante estos malestares. **Objetivo:** Analizar cuál es la relación que existe entre malestares asociados con la depresión, la construcción social de la feminidad, las condiciones y experiencias específicas de vida de mujeres de la región Otomí-Tepihua. **Metodología:** La siguiente investigación posee un enfoque metodológico cualitativo, exploratorio.

Palabras clave: depresión, malestares, factores psicosociales, mujeres rurales, resistencias y pandemia.

Abstract

In Depression is characterized by deep sadness, the likelihood of its development depending on a wide range of risk factors. There are studies from critical theory that indicate that biological factors alone are not enough to explain depressive states, therefore, it is analyzed whether the sexual division of labor and inequalities between women and men, as well as other psychosocial factors such as the gender and social class that are associated with the discomforts of depression, contemplating in turn what are the resistance strategies that women present in the face of these discomforts. **Objective:** To analyze the relationship that exists between discomforts associated with depression, the social construction of femininity, the specific conditions and life experiences of women in the Otomí-Tepéhua region. **Methodology:** The following research has a qualitative, exploratory methodological approach..

Keywords: depression, discomfort, psychosocial factors, rural women, resistance and pandemic.

Introducción

Las personas conocen las emociones, entre las cuales está la tristeza, se sienten decaídos de vez en cuando, pero estos sentimientos se espera que desaparezcan pronto. La depresión, también llamada “depresión clínica” o “trastorno depresivo”, es un trastorno del estado de ánimo el cual genera síntomas de angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina las actividades cotidianas, como dormir, comer o trabajar (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2016).

Cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), destacan que del 4% de la población mundial que vive con depresión, las más propensas a padecerla por razones culturales y sociales, son las mujeres, los jóvenes, y biológicamente, personas adultas mayores. Por lo que las estadísticas le atribuyen que las mujeres padecen más ansiedad y depresión en una relación de 1.5:1 y 2:1, esto se refleja tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Sin embargo, las estadísticas muestran que en los hombres hay más abuso de sustancias, trastornos antisociales de personalidad y consumación del suicidio.

Derivado de lo anterior, se ha encontrado que los malestares asociados con la depresión ocurren con mayor frecuencia entre las mujeres que lo que sucede entre los hombres. Los trastornos depresivos se considera que ocasionan importantes niveles de incapacidad, afectando desde funciones físicas, mentales y sociales, asociándose con alto grado de riesgo para muertes prematuras. En ocasiones tiene mayor impacto en las habilidades de la persona para realizar actividades de su vida cotidiana, causando un impacto que afecta en todos sus ámbitos. En México, se considera que parte importante de las causas

de la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad es para las mujeres y se toma una novena para los hombres (Berenzon et al., 2013)

La depresión desde el enfoque biomédico, en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés] (2011), se define a la depresión como:

“Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza profunda de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades”.

Así mismo, este enfoque biomédico señala diversos factores biológicos que incrementan el riesgo de vulnerabilidad de las mujeres para presentar depresión, siendo el más importante las variaciones hormonales relacionadas con el ciclo reproductivo (Berenzon et al., 2013), así como la disminución de serotonina y sus catabólicos (Mares y Mares, 2019).

Los conocimientos basados desde la biología, ocupan un lugar privilegiado en cuanto a pensar los malestares psicológicos de las mujeres desde el enfoque biomédico, sin embargo, este enfoque deja fuera los determinantes socioculturales dentro de la psicopatología de las mujeres, al mismo tiempo que interpreta como alteraciones de la personalidad a las conductas y emociones que no cumplen con el deber ser “asignado” para el rol femenino (cuidados, calma, entre otros) (Cabruja et al., 2019).

Castro, (2011) desde la teoría social y salud, menciona que el determinante de la salud y la enfermedad repercute fuertemente en las prevalencias de las desigualdades sociales y ha significado diferencias entre hombres y mujeres. Así mismo señala que el rol

que juega la clase social en la producción de la enfermedad, y enfatiza su importancia, una clase social baja determina una mayor tasa de morbi-mortalidad en comparación con otros niveles socioeconómicos más altos, en la que, al enfermarse persistentemente, propicia que las personas desatiendan su productividad y terminen descendiendo de clase social.

La teoría feminista plantea, la vulnerabilidad de las mujeres, argumento que ha sido profundizado gracias a la perspectiva interseccional, que enfatiza cómo múltiples ejes de diferenciación como el género, la etnia, la clase social, la identidad sexual, la diversidad funcional o el estatus socioeconómico se intersectan en momentos históricos determinados, creando situaciones vulnerables específicas y diferenciales entre las mismas mujeres (Goikoetxea, 2019).

Desde una mirada crítica, Roselló-Peñaloza y colaboradoras (2019), mencionan que las ciencias Psi: Psiquiatría, Psicología, Psicofarmacología, aquellas circunscritas en los enfoques biomédicos, son ciegas al género, ya que construyen a las mujeres como producto psicológico resultado de su biología, no contemplando sus experiencias vitales, y en este sentido, reproducen desigualdades sociales basándose en el sexo de las personas.

Derivado de lo anterior, se resalta el peso fundamental que tiene estudiar el género y la clase social como factores detonantes en la salud mental de las mujeres, considerándose así la manera en que son tratados dentro de la sociedad, su vulnerabilidad y exposición a riesgos de la salud mental (Ordorika, 2009).

Montesó-Curto y colaboradores en el 2011, afirmaron que la desigualdad social afecta directamente a las mujeres, generando peores condiciones de vida que las ha llevado a tener una peor salud mental.

Por otro lado, el género se constituye como una categoría relevante que considera propicia más desigualdades. Estas desigualdades se vinculan con los mandatos culturales inmersos en la sociedad, que se asocian principalmente con la feminidad como lo es: el trabajo no remunerado y de cuidados, desde dichos mandatos se estructura la sociedad, haciendo diferenciadamente la asignación de recursos económicos, sociales y simbólicos.

La presente investigación busca explorar si los determinantes socioculturales, la construcción social de la feminidad, las condiciones y experiencias específicas de vida de las mujeres, que impactan en los malestares asociados con la depresión, presentados en mujeres rurales, desde la teoría del punto de vista feminista.

CAPÍTULO 1

Mujeres rurales: sus malestares asociados con la depresión y explicados desde el enfoque de los determinantes sociales.

La depresión resulta ser un trastorno que permea la percepción de sí misma o del mundo que lo rodea a esto, se agrega la parte circunstancial de la constante limitante para no realizar cualquier actividad. A través de este capítulo se analiza cuál es el impacto de los malestares asociados con la depresión, así como, los posibles tratamientos desde un enfoque biomédico. Se considera que los factores biológicos y heredados son determinantes en los malestares asociados a la depresión, atribuyendo poca relación a factores psicosociales, apostando a un tratamiento mayoritariamente farmacológico esperando una mejoría de los pacientes una vez realizado (Ochoa et al., 2014).

Sin embargo, como se menciona en el apartado “Críticas desde los estudios sociales y de género al modelo biomédico”, se señala la importancia de considerar factores

psicosociales enmarcados en categorías de diferenciación que tienen un peso fundamental en la comprensión de la depresión, así como en su tratamiento, con el género, la etnicidad y la clase social.

Este capítulo se realizará un análisis sobre el impacto en las mujeres que presenten malestares asociados con la depresión, así mismo se revisará la etiología y criterios diagnósticos, desde el enfoque biomédico y posteriormente se analizará cómo desde este enfoque se da mayor peso a los factores biológicos dejando de lado los factores psicosociales que atraviesan a mujeres con estos malestares asociados con la depresión.

1.1 Contextual actual de la problemática.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la depresión es un trastorno que se puede presentar en algún momento de la vida de las personas y impacta a más de 150 millones de personas en todo el mundo.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas en México; de las cuales, 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. De igual forma, resalta que del total de personas han expresado síntomas de depresión únicamente 1.63 millones tienen acceso a tratamientos farmacológicos antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.

En el Estado de Hidalgo de acuerdo con cifras del INEGI, en 2017, 31.2% de hombres integrantes del hogar de 7 años y más han tenido sentimientos de depresión y el 40.1% han sido mujeres. Por lo cual, la depresión es considerada un proceso multifactorial a partir del cual su probabilidad de desarrollo está sujeta a un amplio grupo de factores de riesgo, como: personas adultas con bajo nivel educativo y no contar con un trabajo remunerado,

desigualdad salarial, violencia, sobrecarga de trabajo producto de la división sexual del trabajo (Ponce-Torres y cols., 2020).

El Instituto Nacional de la Salud Mental realizó un estudio con población mexicana en 2016, indicando que la depresión afecta de diferentes maneras a la población, en el caso de las mujeres la depresión se presenta con más frecuencia que los hombres. Los factores biológicos como el ciclo de vida y hormonales que se presentan solo en las mujeres y que desde los enfoques biomédicos consideran que en algunos casos pueden estar vinculados con la tasa de depresión más alta en esa parte de la población, y sugieren que puede tener relación con los síntomas de tristeza, así como con la autoestima y sentimientos de culpabilidad.

En relación con la etiología de la depresión Grippaldi (2021) a partir de una investigación empírica realizada en la ciudad de Santa Fe, Argentina, realizada con narrativas biográficas que, en ambientes terapéuticos, se perciben con depresión. Específicamente, el objetivo de este estudio consistió en analizar las narrativas referentes de cómo se estructuran las temporalidades biográficas para describir el inicio de la depresión que elaboran las personas que acuden a un servicio de salud mental. Considerando el análisis realizado en las entrevistas, los autores construyen cuatro categorías de formas de articulación de las temporalidades biográficas sobre el origen de la depresión, las categorías son: narrativas de la infancia (I): las causas que provocan la depresión, son identificadas en relatos y acontecimientos de la infancia, narrativas traumáticas (II): acontecimientos del pasado que llegan a la memoria por vivencias actuales y propician el origen de la depresión, narrativas acumulativas (III): sumatoria de vivencias en diferentes tiempos biográficos que en conjunto encauzan al origen de la depresión y narrativas del pasado inmediato (IV): acontecimientos del pasado reciente como desencadenantes de síntomas de la depresión.

Los valores, comportamientos, roles y actitudes asignadas por razones culturales a las mujeres con base en su sexo biológico, pueden tener como consecuencia síntomas relacionados con la depresión, fibromialgia, trastornos afectivos y de ansiedad, asociado una baja autoestima, mayor número de vivencias vitales negativas, mala percepción de su salud, mayor presencia de ansiedad y malas condiciones de vida efectiva, considerando que se encuentra bajo importantes presiones de tipo social y religioso (Montesó, 2008).

Asimismo, Lara Caba et al, (2019), realizaron un estudio comparativo en República Dominicana, dentro del Programa de Recuperación Emocional para Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género (PRMV), con la finalidad de identificar el riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad. El programa se aplicó en 170 mujeres víctimas de violencia en sus relaciones de pareja (VPI) y otra misma cantidad que no hayan sido víctimas, todas ellas mayores de 18 años. Los resultados revelan que, en el equipo de las mujeres víctimas, la violencia psicológica se presentó en todos los casos, observándose la depresión entre grado mínimo a grave en las 170 mujeres víctimas. Los datos muestran mayor relación entre haber experimentado violencia y presentar un trastorno psiquiátrico, es importante enfatizar que las mujeres víctimas de VPI, si muestran síntomas más significativos que las que no la sufrieron.

De tal manera que Pérez, Silvestre y Lara, (2018), plantea la necesidad de analizar la interseccionalidad, así como las diferentes formas de discriminación y violencias que se hacen presentes en grupos sociales más discriminados, como son las mujeres, las infancias, la comunidad indígena y de la tercera edad. Reconociendo en el sistema patriarcal un forma de ejercer dominación de los hombres sobre las mujeres, colocando a lo masculino el modelo hegemónico en la definición de derechos y oportunidades de vida.

1.2 Depresión: Definición y abordaje desde el Modelo biomédico.

Desde el enfoque biomédico, en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés] 2011), se define a la depresión como: “los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza profunda de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades”. Se atribuye que la relación de los síntomas de la depresión probablemente tiene que ver la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, alteración en la función neuroendocrina, así como factores psicosociales. El diagnóstico se basa en la anamnesis; y en el tratamiento se utilizan medicamentos, psicoterapia o ambos y algunas veces terapias electro convulsivas o estimulación magnética transcraneal rápida.

Desde el modelo biopsicosocial la definición de salud hablaría de plenitud biológica, psicológica y social, y podría llamarse enfermedad a la ausencia de esta plenitud (Tasa-Vinyal et al, 2015), que, a través de los criterios diagnósticos, resaltan períodos de pérdida de placer para cualquier actividad que quiera realizar, impacta en la percepción de sí mismo y del mundo del mundo a su alrededor, creando una percepción negativa de sí mismo reforzada por la percepción exterior; a esto se añade la notable negativa para casi cualquier actividad (Cruz et-al, 2015).

La depresión es distinta a las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, convirtiéndose en un problema de salud importante, principalmente por la duración e intensidad, causando sufrimiento, así como alteración en las actividades profesionales, escolares y personales, en el peor de los casos puede llevar al suicidio (OMS, 2020).

Desde el enfoque biomédico, diversos factores biológicos aumentan el riesgo de vulnerabilidad en las mujeres para presentar depresión, siendo el más importante las variaciones hormonales relacionadas con el ciclo reproductivo (Berenzon et al., 2013), así como la disminución de serotonina y sus catabólicos (Mares & Mares, 2019). De forma semejante se plantea que el estrés resulta ser un factor importante que propicia e intensifica la depresión, debido a puede activar las catecolaminas y los glucocorticoides adrenales que provocan alteraciones en el cuerpo (Montesó- Curto et al, 2011).

Berenzon y colaboradores (2013), menciona que los pacientes que presentaron una enfermedad orgánica o un trastorno mental, se sintieron mal emocionalmente y estresados; y aun cuando recibieron acudieron a un servicio médico, los profesionales de los servicios de salud no les brindaron atención para sus malestares emocionales, ni otras consecuencias que les trajeron sus padecimientos. Así mismo señala que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión. Del mismo modo, quienes presentan síntomas de depresión tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, todas ellas condiciones crónicas responsables de más de 60% de las muertes en el mundo. Asimismo, es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras enfermedades mentales, como los trastornos de ansiedad y la ingesta de sustancias adictivas.

Por otro lado, se indica que los factores genéticos son los que influyen directamente sobre el cerebro u otro sistema, o indirectamente, por ejemplo, sobre la personalidad; así como los factores endocrinos relacionados con el ciclo reproductivo tienen un papel importante, pues resulta de incrementar la vulnerabilidad a la depresión, igualmente los

factores hormonales pueden contribuir en propiciarla en las mujeres (Álvarez-Mon et al., 2019).

Respecto al momento en el ciclo de vida, Gaviria Arbeláez, (2009) señala que las mujeres tienen una particular y mayor receptividad a los trastornos depresivos durante la edad reproductiva: aproximadamente, entre los 15 y 44 años de edad. Esto asociado a dinámicas sociales donde las mujeres en estos años adquieren más deberes y responsabilidades, generando sean propensas a experiencias de abuso sexual y violencia doméstica. Por lo que, la autora concluye que los factores de riesgo de la depresión en las mujeres desde el punto de vista psicosocial dentro de un estudio biomédico son: abuso sexual y experiencias negativas en la infancia, limitación para ejercer sus roles con plena libertad en su elección, sobrevaloración y competencia en los roles sociales, características psicológicas relacionadas con la vulnerabilidad a dificultades para adaptarse y enfrentar los eventos vitales.

Berenzon et al. (2013), apuntala como una gran mayoría de individuos no acuden a los tratamientos para la depresión, lo que conlleva a un incremento en la discapacidad y en el impacto económico y social. En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan ayuda, y quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. Por lo anterior, México es una de las naciones que presenta mayor retraso en la búsqueda de un tratamiento. Por lo tanto, las autoras concluyen que la depresión es una enfermedad que tiene un impacto significativo en la vida de las personas, así como en la vida cotidiana de la población. Señalan que se requieren nuevos estudios desde un enfoque crítico, que permitan continuar con la evaluación de las tendencias en la prevalencia, los determinantes psicosociales, el impacto a la salud de los trastornos depresivos, los cambios

en la brecha de tratamiento y las actuales necesidades de atención, asimismo, profundizar en la percepción que tienen las personas de este trastorno mental.

Derivado de lo anterior, el siguiente apartado aborda estudios desde la teoría crítica en malestares asociados con la depresión, con la finalidad de cuestionar y repensar lo planteado desde un enfoque biomédico.

1.3 Críticas desde los estudios sociales y de género al modelo biomédico.

La historia de la psicología nos permite identificar sistemas de opresión o “violencias epistémicas” que favorecen un sector de personas privilegiados, mientras construyen identidades en desventaja epistémica. Las mujeres como colectivo, junto con otros grupos, han sido desvaloradas, construidas como no conocedoras, al tiempo que se ha invisibilizado su resistencia, transformándola estratégicamente en ignorancia o incompetencia (García-Dauder, 2019).

La exclusión en las investigaciones tanto médicas y biomédicas, respecto de las problemáticas, así como las vivencias de las mujeres está íntimamente relacionada con la práctica clínica, que las considera puntos o variaciones de la norma masculina, buscando reducir su significado femenino heteropatriarcal, y que, por tanto, responde peor a sus necesidades como pacientes y como personas (Tasa-Vinyals et al., 2015).

Blázquez et al. (2010) mencionan que definir la ciencia como libre de prejuicios es una simplificación y una falsa representación de la misma; su objetividad no se refiere únicamente a los individuos, es el resultado de mediaciones alcanzadas en ambientes científicos que trabajan dentro de un contexto cultural. Las comunidades científicas han estado conformadas predominantemente por hombres de accesos privilegiados, ocasionando

un profundo impacto en cómo se ha desarrollado la práctica y el entendimiento científico de la objetividad. Por lo que la autora señala que el feminismo ha visibilizado cómo es que los grandes postulados teóricos que señalan la universalidad son parciales y se basan en normas masculinas, en lugar de ser representaciones inclusivas de toda la humanidad.

Castro, (2011) en su libro “Teoría Social y Salud” sostiene que la mayor parte de las enfermedades mentales constituyen, al menos en parte, un rol social, y que es la reacción social de etiquetación el determinante más importante de entrada al rol de enfermo mental. Es decir, resalta que la enfermedad se identifica únicamente por los criterios objetivos de la ciencia biomédica que dictamina los criterios de “funcionalidad” de las personas y asume que ésta última es, efectivamente, la perspectiva más autorizada para delimitar las fronteras entre lo normal y lo patológico. Sin embargo, desde la perspectiva de la construcción social se cuestionan estos criterios, y se genera la hipótesis de “la teoría de la etiquetación”, que es cómo la enfermedad constituye un conjunto de roles incuestionables dentro de los cuales ciertos individuos son socializados y estabilizados frente a tales conductas.

Convencionalmente se distinguen tres áreas de la operatividad médica: a) proceso salud-enfermedad (que se refiere al estudio sociológico de los determinantes de la salud-enfermedad en la población); b) práctica médica (que se refiere al estudio sociológico de la respuesta social organizada frente a la enfermedad); y c) saber médico (que se refiere al estudio sociológico de la manera en que la enfermedad es percibida y conceptualizada tanto en términos científicos como profanos (Castro & Bronfman, 1993), siendo así la perspectiva más autorizada para marcar las fronteras entre lo normal y lo patológico.

Bacigalupe et al., (2022) destaca la incapacidad de los/as profesionales de identificar la presencia en todo momento de la desigualdad entre hombres y mujeres como fuente de

malestar y sufrimiento, lo que mantiene aún muchos ángulos por analizar dentro del abordaje clínico de la salud mental.

Los conceptos ahistóricos “naturalizan” al problema que se busca explicar, esto es, quitan del objeto/sujeto(a) de estudio de sus particularidades histórico-sociales (Bronfman & Castro, 1993).

Dentro de las sociedades patriarcales, las mujeres son puestas dentro de la dominación y la exclusión, no obstante, es importante enfatizar que las mujeres son sujetos reflexivos, y que, si bien sus márgenes de decisión son más limitados que el de los hombres, existen y les plantean posibilidades de elección y acción (Ordorika, 2009).

Cabruja-Ubach, (2017), considera los siguientes puntos que llama las “políticas de la locura” en clave de género, y que han desembocado en: a) el reflejo de los valores de un tiempo y una sociedad; b) el efecto de la estandarización de un diagnóstico formal a raíz de la creciente burocratización y las trayectorias a seguir; c) la creciente literatura en las ediciones de los DSM-10 que tratan problemas psicológicos como físicos y desintegrados de las condiciones culturales y sociales de vida, d) la creciente medicalización o farmacologización de ellos; y e) la construcción de un supuesto acuerdo en el reconocimiento de los síntomas que desmienten los estudios comparativos.

Las mujeres adquieren pareciera un rol activo en sus procesos de etiquetaje y consumo de fármacos es otro factor recurrente. La expresión de síntomas, conlleva a diagnósticos emitidos a la ligera y la prescripción proporciona legitimación a un sufrimiento que se deriva, en gran parte de los casos, de la subordinación de las mujeres y el escaso reconocimiento social y familiar del trabajo reproductivo y de cuidados. Por lo que, el

etiquetar conforme a los criterios diagnósticos, proporciona de identidad a las mujeres de la que habitualmente están desprovistas en su vida cotidiana. Tal legitimación puede ser doble: en ocasiones, las mujeres necesitan la etiqueta para de alguna manera permitirse no cumplir con las obligaciones asignadas o demandan medicación para poder seguir realizándolas, mientras que, el diagnóstico y el consumo de fármacos constituyen el inicio de las condicionantes estructurales de su sufrimiento mental, un proceso complejo que requerirá del compromiso por parte de los/as profesionales para lograr su acompañamiento. (Bacigalupe, et. al., 2022).

Esta teoría de la etiquetación realizó considerables aportes, proponiendo que no es la desviación primaria (la enfermedad en sí) sino la desviación secundaria (la reacción social a la enfermedad) la que da cuenta de los principales diferenciales respecto a esa forma de desviación que llamamos enfermedad, mostrando que las mayores tasas de enfermedad mental se asocian con la opresión de género a la que las mujeres están sometidas, así como utilización de diagnósticos desmedidos por profesionales de la salud mental entre las mujeres, propensión que se debe a sesgos y prejuicios de género. La existencia de un sesgo masculino se piensa que se encuentra dentro de las definiciones de la enfermedad, que ha resultado en la creación artificial de la enfermedad donde “en realidad” ésta no existe o en donde las prevalencias más altas se atribuyen a las mujeres, y donde el determinante “natural” de acuerdo con ciertos enfoques biomédicos sería el simple hecho de ser mujer. Lo que el enfoque del construccionismo social postula es que las sociedades siguen tres etapas en el proceso de construcción de su conocimiento acerca de la realidad:

1. La objetivación o externalización (o el desarrollo de conceptos y categorías específicas para designar un aspecto de la realidad);

2. La institucionalización u oficialización (o el surgimiento de instituciones y prácticas que legitiman aquellas categorías); y
3. La internalización (o el proceso de adopción colectiva de aquellas categorías, que se traduce en la habituación de los individuos para con la realidad que esas categorías comunican) (Castro, 2011).

Bacigalupe y colaboradoras (2022), resalta que, en el contexto de una biomedicina androcéntrica, han ejercido las disciplinas “psi” en lo que denominó “doble estándar de la enfermedad mental”, por lo cual las mujeres han tenido más probabilidades de ser etiquetadas con algún diagnóstico psiquiátrico, debido a que los criterios de buena salud mental (dependencia, sumisión y emotividad) han sido también claros factores de riesgo para el sufrimiento mental.

La producción social de la salud y el padecimiento mental aborda cómo los factores sociales y condiciones de vida afectan la salud de los individuos. La existencia del padecimiento mental insistiendo en que las diferencias entre mujeres y varones tanto en cifras como en tipo de problemas que presentan se deben a que las condiciones de vida de las primeras están caracterizadas por la dominación y la opresión por parte de los hombres y de lo masculino (Ordorika, 2009).

La inextricable relación cuerpo-mente en cualquier diagnóstico femenino y también de la encrucijada de las tensiones de vivir en una sociedad marcada por las desigualdades estructurales de género, así como de las opresiones, en la cual la feminidad constituye un constructo donde interseccionan una gran variedad de relaciones de poder que han sido institucionalizadas, de las cuales los determinantes socioculturales tienen poca cabida en los

tratamientos, dicho lo anterior el presente apartado muestra estudios que revelan la importancia de considerarlos.

1.4 Determinantes socioculturales asociados con la depresión.

La etiología del trastorno depresivo en las mujeres implica un análisis de múltiples dimensiones, dado que tanto los elementos biológicos como los psicológicos ofrecen una visión, pero no son suficientes para explicar completamente el fenómeno. Por lo tanto, el reto consiste en considerar el contexto social y escuchar las experiencias de las mujeres para identificar y reflexionar sobre posibles factores que puedan desencadenar o agravar los episodios depresivos (Cruz et al., 2015).

La depresión, al igual que muchas otras patologías, surge de la interacción de diversos factores, incluyendo los biológicos, hereditarios, de desarrollo y ambientales, que se entrelazan con las características individuales (Berenzon et al., 2013). Cabruja et al. (2019) también destacan que diferentes estudios han encontrado vínculos no solo con aspectos biológicos o reacciones físicas, sino también con la socialización en relaciones de dominación social y estructural, influenciadas por el poder, la desigualdad y el privilegio de género, que son algunos de los factores psicosociales implicados.

El constructivismo social en el ámbito de la salud y la enfermedad sugiere que las sociedades atraviesan tres fases en la construcción de su entendimiento sobre la realidad: 1) la objetivación o externalización (desarrollo de conceptos y categorías que designan aspectos de la realidad), 2) la institucionalización u oficialización (emergencia de instituciones y prácticas que validan esas categorías), y 3) la internalización (adopción colectiva de estas categorías, que lleva a la habituación de los individuos a la realidad que representan) (Castro, 2011).

De acuerdo con Berenzon et al. (2013), en México, las variables psicosociales relacionadas con la depresión abarcan: a) ser mujer (particularmente si se es jefa de familia), dedicar tiempo exclusivamente a las tareas del hogar y asumir el cuidado de un enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (lo que implica mayor vulnerabilidad a la pobreza); c) estar desempleado (especialmente en hombres); d) experimentar aislamiento social; e) enfrentar problemas legales; f) haber sufrido experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas; y h) la migración.

Pineda y Moncada (2018) destacan, en el contexto de las mujeres rurales, las desigualdades y violencias que enfrentan, las cuales pueden ser ejercidas por el Estado, su comunidad, familiares, parejas e incluso otras mujeres. Estas violencias afectan no solo su vida económica, laboral, organizativa y educativa, sino también sus relaciones interpersonales e individuales.

Las desigualdades que experimentan las mujeres incluyen las barreras impuestas por el Estado ante la falta de consulta a la población en la selección de proyectos y apoyos, así como la invisibilidad de sus opiniones durante esos procesos. Además, enfrentan el machismo en sus comunidades, donde los hombres buscan minimizar sus voces y monopolizar la toma de decisiones relacionadas con el extractivismo en sus territorios, ya que la participación femenina en estos asuntos puede ser considerada una transgresión a las expectativas patriarcales, lo que a menudo desencadena violencia, tanto en el ámbito privado como en el comunitario. Otra forma de desigualdad se manifiesta en las dinámicas económicas locales que refuerzan la división sexual del trabajo.

Bacigalupe et al. (2022) subrayan la importancia de reconocer la posición desigual de las mujeres, que origina condiciones de vida precarias y subjetividades desestimadas, generando un considerable sufrimiento mental.

Asimismo, es esencial evaluar el impacto que la exposición a determinantes sociales adversos tiene sobre la salud mental. Las mujeres son protagonistas de numerosos indicadores socioeconómicos desfavorables y de discriminación, así como de los efectos de las violencias machistas. Su identidad se forma en conexión con el "poder de los efectos", que se basa en cuidar relaciones interpersonales que les proporcionan un sentido de pertenencia, aunque esto también dificulta su proceso de individuación.

Desde la óptica de la Teoría Social de Castro (2011), los determinantes de salud y enfermedad influyen directamente en el incremento de las desigualdades sociales, causando diferencias entre hombres y mujeres. Se enfatiza el papel de la pobreza en la generación de enfermedades y en la estratificación social; las clases sociales bajas están asociadas con tasas más altas de morbilidad y mortalidad en comparación con las clases altas. Cuando las personas de clase baja padecen enfermedades crónicas, descuidan su capacidad productiva y tienden a descender en su nivel socioeconómico.

Si la inestabilidad emocional vinculada a la construcción social de la feminidad se ha interpretado como un rasgo biológico inevitable, las agresiones masculinas han sido justificadas por características psico-fisiológicas, lo que evidencia la legitimación científica de las desigualdades y jerarquías de género (Cabruja et al., 2019).

Al desestimar o no reconocer la fuerza prescriptiva de los discursos teóricos que configuran las subjetividades relacionadas con "la falta", se despolitiza la subordinación sociocultural de las mujeres a través de una agencia inconsciente, convirtiendo los posicionamientos sociales restrictivos en actitudes pasivamente aceptadas (por ejemplo, "mi marido me cuida", "mi marido me mantiene") (Cabruja et al., 2019).

La mayoría de los estudios revisados sobre la depresión por Cruz y colaboradores (2015) identifican las relaciones familiares, y en particular el apego, como el principal factor asociado con este síntoma.

1.5 Depresión en mujeres rurales

El *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* (CONEVAL) ha reportado, según las estimaciones de pobreza multidimensional para el Estado de Hidalgo, un aumento del 2% en la población en situación de pobreza entre los años 2018 y 2020, y un incremento del 1.5% en la indigencia y la población en pobreza extrema. Asimismo, se observa que la proporción de la población rural mexicana en situación de pobreza se mantiene en niveles similares.

El sector rural ha sido identificado como un beneficiario de un tipo de desarrollo institucional promovido por el Estado, que busca mejorar su situación en comparación con el entorno urbano. Sin embargo, esta construcción del espacio rural ha estado limitada a una mera comparación con el urbano, donde las áreas rurales son vistas como receptores de un desarrollo institucional que busca equilibrar su desventaja frente a las zonas urbanas (Ubaldo & Trujillo, 2021).

En un análisis sistemático, Arenales-Cáceres y Gómez-Mejía (2021) subrayan la falta de investigaciones sobre la salud mental en contextos rurales, destacando las desigualdades que existen en comparación con la población urbana. También señalan que la pobreza extrema, la desigualdad social y la discriminación impactan negativamente en el bienestar psicológico.

Robinson-Trapaga et al. (2019) argumentan que las mujeres en áreas rurales enfrentan una doble discriminación: por su género y su origen étnico, además de la pobreza y el rezago social. Por lo tanto, es esencial tener en cuenta el contexto en el que viven estas mujeres, ya que hay factores que deben considerarse.

Castro (2011) hace mención a varios determinantes sociales que intervienen en la salud y la enfermedad, lo que contribuye a un aumento de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres. Resalta el impacto de la pobreza en la incidencia de enfermedades y enfatiza que pertenecer a una clase social baja conlleva mayores tasas de morbi-mortalidad en comparación con las clases altas; esto se debe a que, ante enfermedades persistentes, los individuos descuidan su capacidad productiva y, por ende, su nivel socioeconómico disminuye.

Arenales-Cáceres y Gómez-Mejía (2021) definen la ruralidad como un concepto multidimensional que abarca identidades dinámicas en relación con diversos roles sociales, económicos, políticos, ambientales, educativos, culturales y geográficos, intersectados por la etnicidad y el género. Además, subrayan que la categoría sociocultural rural implica reconocer las múltiples formas de existencia y conocimiento de los campesinos que habitan y trabajan en el área rural, incluyendo valores religiosos, estructuras familiares extensas, violencia, clase social e

interacciones culturales con el entorno urbano (en aspectos como vestimenta y lenguaje).

En cuanto a las dinámicas de género, las mujeres en contextos rurales no disfrutaban de las mismas oportunidades de desarrollo debido a patrones culturales patriarcales (Montes de Oca y Guzmán-Gómez, 2013). Adicionalmente, los territorios en los que habitan las mujeres afectan su acceso a recursos materiales, lo que repercute en su salud (Borrell et al., 2004).

La participación de las mujeres en el sector agrícola es crucial para el desarrollo rural, especialmente en la provisión de alimentos y la nutrición. Sin embargo, enfrentan roles y estereotipos de género que limitan su acceso a servicios de salud, derechos sobre la tierra y propiedad, así como a tecnología, infraestructura y servicios básicos (internet, agua, salud, educación, electricidad, entre otros). Estos elementos también son fundamentales para el trabajo doméstico y el cuidado no remunerado que realizan

En este sentido, Zapata (2019) (Ubaldo & Trujillo, 2021) refuerza la idea de que los factores opresivos de las estructuras socioeconómicas se entrelazan con la manera en que se experimenta el sufrimiento en situaciones de desigualdad, lo que sugiere una relación más intensa entre el dolor sociocultural y sus repercusiones en la salud.

Radcliffe (2014) menciona que la opresión basada en raza, clase y género, particularmente en el contexto de las mujeres indígenas de América Latina, genera experiencias diferenciadas. En este tema, el enfoque de la interseccionalidad permite

entender por qué estas opresiones se entrelazan, actuando simultáneamente como causa y efecto para la generación de situaciones de opresión. Al desglosar esta red de discriminaciones, se evidencian todas aquellas conexiones que emergen entre ellas y las humillaciones cotidianas y estructurales, como puede ser el acceso a la tierra, las dificultades en la maternidad en solitario o forzada, las esterilizaciones forzadas de mujeres indígenas y la falta de acceso a servicios, entre otros. Estas discriminaciones se reproducen y experimentan de forma diferente en comparación con las mujeres de contextos urbanos.

Desde hace varias décadas, Friedan “*permitidas*” (2009) ha señalado que la insatisfacción de las mujeres al no ajustarse a los estándares de feminidad genera malestar emocional, donde la depresión y otras enfermedades han sido formas de expresión (Montesó-Curto et al., 2011). Ordorika (2009) añade que el género influye significativamente en la salud mental de las mujeres, dado que determina el control y el poder que hombres y mujeres tienen sobre los factores socioeconómicos que afectan sus vidas y salud mental, así como su posición y condición social, el trato que reciben en la sociedad y su exposición a riesgos específicos para su salud mental.

Se asume que en una unidad familiar donde el hombre es el principal proveedor, ambos comparten la misma clase social, debido a que se considera que tienen intereses económicos comunes. Sin embargo, las teorías feministas se ha demostrado que, desde una perspectiva patriarcal, el hombre es visto como la cabeza y el poder de la familia, lo que resalta la necesidad de estudiar a las mujeres desde su propia perspectiva, considerando su clase social a la que pertenecen (Borrell et al., 2004).

Por lo tanto, este estudio considera esencial examinar los distintos determinantes que pueden contribuir a la comprensión de la ruralidad, adoptando un enfoque de género que incluya la clase social y la etnicidad, y su intersección con la salud mental, especialmente en relación con los malestares asociados a la depresión.

Capítulo 2

Posicionamiento teórico: Punto de vista de las mujeres.

En una sociedad latinoamericana caracterizada por el patriarcado y el andocentrismo, los hombres han ejercido predominantemente el poder político y económico a lo largo de los años, así como la propiedad de la tierra, lo que les otorga la autoridad para tomar decisiones en estos ámbitos (Pineda & Moncada, 2018). No obstante, las mujeres han luchado históricamente por la igualdad de género, una igualdad que parece lograrse a través de la asunción de múltiples roles. Las mujeres asumen funciones como madre, esposa, cabeza de familia y líder de grupo de trabajo, al tiempo que continúan con las responsabilidades domésticas tradicionales (Cruz et al., 2015).

La epistemología feminista es diversa, pero existe un consenso sobre que el género se entiende en interacción con otras categorías de diferenciación como raza, etnicidad, clase, edad y orientación sexual; esta interacción es fundamental para analizar cómo se organiza la vida social, lo que convierte al género en una categoría teórica y analítica esencial para el feminismo y el progreso de las mujeres (Blázquez, 2010).

Desde una perspectiva interseccional, Pérez et al. (2018) argumentan que es posible revelar diversas formas de opresión y dominación del sistema capitalista neoliberal sobre las sociedades con bajo poder económico y político, mediante el análisis de las categorías de

género, etnicidad y clase. Aunque estas no son las únicas categorías relevantes, este estudio se centra en aquellas que el poder utiliza para ejercer dominación y violencia en México. Este enfoque resalta la necesidad de examinar las distintas formas de discriminación y violencia que afectan simultáneamente a grupos sociales vulnerables, como mujeres, niños y niñas, indígenas y personas mayores.

Diversos estudios han identificado en el patriarcado un sistema social que consolida el poder de los hombres sobre las mujeres, estableciendo un modelo hegemónico masculino en la definición de derechos y oportunidades, que se reproduce a través de instituciones sociales como la familia y la escuela, perpetuando una dinámica de dominación y subordinación (Pérez et al., 2018).

En contraste con la concepción tradicional de la feminidad, Lagarde (2005) sugiere que las diversas formas de ser mujer en esta sociedad representan espacios de resistencia creativa frente a la opresión. Para muchas mujeres, la experiencia del cautiverio implica sufrimiento y conflictos, aunque también hay quienes encuentran formas de felicidad en su situación, lo que resalta que la condición femenina es histórica y no simplemente natural.

Las circunstancias que rodean a las mujeres son el resultado de un proceso histórico que define su existencia como un ser social y cultural, en el que se manifiesta una división sexual del trabajo y una feminización de lo reproductivo y doméstico, confinando a muchas mujeres a estos roles (Arteaga et al., 2019).

Roselló-Peñaloza et al. (2019) destacan un sesgo masculino en las definiciones de enfermedad, lo que ha llevado a la creación de patologías donde "en realidad" no existen o a

atribuir las altas prevalencias a las mujeres, considerando que el único determinante "natural" en ciertos enfoques biomédicos es ser mujer.

Las mujeres han manifestado malestares y síntomas inespecíficos a través de sus cuerpos, incluyendo depresión, fibromialgia, fatiga crónica y ansiedad. El rol de género asignado a las mujeres ha resultado en desventajas tanto laborales como sociales. Es posible que la depresión y otras enfermedades sean las formas "permitidas" de expresión (Montesó-Curto et al., 2011). Es crucial abordar el sufrimiento femenino desde una perspectiva que no solo contemple categorías médicas, sino que también considere factores psicosociales que permitan entender las causas de estas luchas y sus agendas implícitas (Castro, 2011).

La relación entre cuerpo y mente es esencial en cualquier diagnóstico femenino, así como en las tensiones de vivir en una sociedad con desigualdades estructurales de género, donde la feminidad es un constructo que involucra diversas relaciones de poder institucionalizadas. La deconstrucción psi y el activismo son necesarios para reinterpretar estas narrativas con historias y significados alternativos (Cabruja-Ubach, 2017).

Los conocimientos situados en la epistemología feminista subrayan que ningún conocimiento puede estar aislado de su contexto de producción, lo que implica que ningún conocimiento es parcial. El término sesgo se refiere a errores mentales de información que distorsionan la información disponible, y el sesgo androcéntrico se centra en una construcción que privilegia el punto de vista masculino hegemónico (Maffia, 2007).

La epistemología feminista considera el género como un "ordenador social" que interactúa con otras categorías, como clase y etnicidad, analizando así las relaciones estructurales entre individuos, grupos y la sociedad en su conjunto. Esta perspectiva feminista

no se limita a estudiar sujetos aislados, sino que implica una visión relacional, reconociendo cómo los distintos agentes en un entorno se afectan mutuamente (Zapata, 2019).

A través de la teoría del punto de vista feminista, la epistemología feminista cuestiona lo que se puede conocer y cómo, así como las pruebas que legitiman ciertas creencias como conocimiento verdadero. Esta teoría justifica la crítica a la objetividad como objetivo de la investigación y analiza la relación entre el investigador y el objeto de estudio.

Desde esta perspectiva, se examina cómo el género influye en las concepciones del conocimiento que sistemáticamente desventajan a las mujeres, negándoles autoridad epistémica y descalificando sus formas de conocimiento. Se generan teorías que representan a las mujeres como inferiores al modelo masculino y que invisibilizan las actividades e intereses femeninos, además de criticar la objetividad como un medio de control patriarcal (Blázquez, 2010).

La teoría sostiene que el mundo se representa desde una perspectiva socialmente situada, basada en una posición epistémica privilegiada, lo que cuestiona las suposiciones del método científico y la utilidad de ciertas mediciones cuantitativas, destacando la relevancia del conocimiento situado que emana de la experiencia femenina (Blázquez, 2011).

Esta teoría se involucra críticamente con las ciencias naturales de dos maneras: algunos estudios muestran cómo disciplinas como la primatología o la biología han formulado sus hipótesis y métodos para satisfacer necesidades sexistas y androcéntricas, resultando en descripciones distorsionadas de la naturaleza y sus tendencias causales.

Además, se analiza cómo el gobierno en nuestras sociedades burocráticas modernas está mediado por principios y procedimientos que las mujeres deben comprender para

identificar cómo las prácticas conceptuales de las instituciones dominantes facilitan la explotación femenina, enfatizando que el conocimiento depende de un punto de vista. Si no se puede privilegiar una sola perspectiva, es necesario integrar múltiples posiciones de conocimiento, lo que plantea interrogantes sobre qué políticas promueven o obstruyen el desarrollo del conocimiento, y para qué grupos (Blázquez, 2010).

Por lo tanto, la teoría del punto de vista feminista sostiene que la tarea primordial de la epistemología feminista es identificar cómo las nociones de género han influido en la práctica y el pensamiento científico, resaltando que el mundo se representa desde una perspectiva particular, lo que desafía las suposiciones del método científico y pone en relieve las experiencias de las mujeres, permitiéndoles ofrecer un punto de vista distinto. Es crucial incluir la producción del conocimiento desde la perspectiva femenina al abordar los malestares asociados a la depresión y aplicarlo de manera práctica en el tratamiento de mujeres que padecen estas dificultades.

CAPÍTULO 3

Estrategias de Resistencias en las Mujeres.

En este capítulo se examinarán los conceptos de resistencia y vulnerabilidad a través de un análisis interseccional y una perspectiva feminista, presentando diversas posturas teóricas que ilustran cómo las mujeres, en diferentes contextos culturales y clases sociales, son impactadas por sociedades patriarcales que restringen sus márgenes de decisión y acción. Aunque esto podría parecer un impedimento para que las mujeres continúen con sus vidas diarias, se genera, en contraposición a lo afirmado por un enfoque biomédico, un espacio de resistencia que ofrece oportunidades de elección y acción que mitigan las cargas que

soportan. Por lo tanto, este capítulo explorará las estrategias de resistencia que las mujeres aplican en su vida cotidiana frente a los malestares relacionados con la depresión, lo que les permite crear condiciones para seguir "funcionando".

3.1 Definición de resistencia

Las resistencias son respuestas ante situaciones opresivas en condiciones de dependencia, sujeción y subordinación, donde las posibilidades de enfrentarlas son escasas. En este contexto, las resistencias pueden surgir casi sin consciencia, manifestándose como un rechazo a los mandatos sociales y a la opresión (Lagarde, 2015).

Según Penagos (2016), las resistencias están integradas en las relaciones sociales y en la cotidianidad, impulsadas por redes de complicidad y solidaridad de manera sutil. Se conceptualizan como un continuo que, aunque parezca agotarse, se fortalece con cada caída, simbolizando un ejercicio de fuerza y transformación.

Scott (2004) menciona que las resistencias cotidianas son acciones de rebeldía que no necesariamente son abiertas o organizadas, lo que implica que pueden desarrollarse de manera no explícita. Estas manifestaciones de resistencia, disfrazadas y denominadas infrapolíticas, a menudo acompañan a formas más públicas de resistencia.

Desde una perspectiva cualitativa y feminista, Ballester (2021) aborda la resistencia desde un enfoque decolonial, valorando las experiencias comunitarias y los saberes indígenas que han resistido a la destrucción del colonialismo europeo, tanto en el ámbito físico como en el de las subjetividades, que continúan reproduciéndose hoy en día. De esta forma, los miedos y violencias generan espacios de lucha e infrapolítica que permiten a las mujeres enfrentar a las instituciones.

Butler (2014) define la resistencia como "una manifestación política y cultural compuesta por la vulnerabilidad" (pág. 57), promoviendo la comprensión de cómo la vulnerabilidad puede movilizar la resistencia. La autora conecta vulnerabilidad con victimización y pasividad, sugiriendo que esta condición puede ser transformada en una oportunidad de resistencia. Así, propone que la vulnerabilidad no es solo una condición de pasividad, sino que puede ser un punto de partida para superar dicha vulnerabilidad.

La vulnerabilidad no debe ser vista como una condición existencial inherente al ser humano, sino como una construcción social que afecta principalmente a las personas en situaciones de precariedad, quienes enfrentan limitaciones o negaciones en el acceso a empleo, vivienda y servicios de salud (Giaconi, 2021).

Desde un enfoque interseccional, Arteaga y colaboradores (2019) destacan que la resistencia es el poder que las mujeres utilizan para confrontar estas dominaciones, surgiendo de formas menos evidentes. Utilizan el término "resistencias sutiles" para referirse a manifestaciones diarias de resistencia que pueden ser estrategias individuales en la cotidianidad. Además, sugieren que es imprescindible entender las diversas vulnerabilidades que resultan de múltiples categorías sociales de dominación para poder conceptualizar adecuadamente las resistencias.

Giaconi (2021) argumenta que el estudio de las resistencias debe entenderse en el contexto de una estructura social marcada por dominación y poder. Los grupos dominantes ejercen control sobre los subordinados, quienes en ocasiones ofrecen resistencia a estas fuerzas.

Marcela Lagarde (2015) sostiene que la resistencia a la dominación es una manifestación de la construcción social de los individuos, así como el inicio de procesos de libertad. Se debe comprender la resistencia como una acción que promueve la autonomía y se opone a la dominación sobre la personalidad de las mujeres, incluyendo el control sobre su cuerpo, subjetividad, acciones y pensamientos, dado que han sido históricamente invisibilizadas como sujetos.

Lagarde (2015) también resalta que la resistencia es una respuesta ante la opresión, que se presenta casi sin consciencia, mientras las mujeres enfrentan desigualdades evidentes (Butler, 2014). Esto sugiere que la vulnerabilidad, en sí misma, puede fomentar la resistencia en sus manifestaciones diarias. Por lo tanto, este estudio se centra en las estrategias de resistencia que emplean las mujeres rurales frente a los malestares relacionados con la depresión.

3.2 Estudios sobre las resistencias en las mujeres

Esta sección presenta diversos estudios que analizan las resistencias de las mujeres desde una perspectiva de género y el concepto de interseccionalidad, en conexión con diversos malestares que, como afirman Agoff y Herrera (2015), permiten captar la naturaleza del sistema patriarcal.

En cuanto a los conflictos socioambientales, un tema crucial para las mujeres indígenas y rurales, la ecología política feminista propone el género como una categoría crítica para analizar el acceso y control de recursos, abordando resistencias que van más allá de la oposición directa al conflicto. Aunque estas resistencias son reconocidas como

necesarias, existen otras a partir de la ética del cuidado y el apego a la vida, que se oponen a la dominación en sus diversas formas (Rochelau et al., 2004 en Bolados y Sánchez, 2017).

En este sentido, Bolados y Sánchez (2017) realizan un análisis desde los feminismos y ecofeminismos latinoamericanos, presentando un estudio con el grupo organizado de Mujeres de Zonas de Sacrificio en Resistencia de la Bahía de Quintero, Chile. Estas mujeres desafían la ideología del modelo de desarrollo exportador predominante, formulando una racionalidad colectiva desde una perspectiva de género, que, sin caer en esencialismos, da lugar a una ecología política feminista que, mediante la ética del cuidado, propone caminos de trabajo colectivo orientados al "vivir bien", en relación con la protección de la vida, la salud y el medio ambiente en sus comunidades.

Por otro lado, Pineda y Moncada (2018) investigan la experiencia de ser mujer en América Latina en el contexto del extractivismo, que implica la extracción de recursos en territorios rurales y la apropiación de cuerpos sexuados, racializados y subalternizados. Este fenómeno desmoraliza y frena sus luchas contra el extractivismo, lo que se agrava si se es mujer indígena. En estos escenarios, las desigualdades se profundizan y se manifiestan de manera más violenta y sexualizada cuando las víctimas son mujeres. Las desigualdades enfrentadas por las mujeres incluyen barreras estatales ante la falta de consultas a la población, lo que invisibiliza sus respuestas y aportes en las pocas oportunidades de consulta, además del machismo en sus comunidades.

Un estudio cualitativo de Pérez y colaboradores (2018) examina a tres estudiantes universitarias de 18 y 19 años que se autodefinen como indígenas de distintas etnias en Chiapas, México. Identificaron dos categorías de opresión: a) las formas de opresión de las mujeres indígenas en la cultura patriarcal, basadas en las cinco formas propuestas por Young

(2000): violencia sistemática, carencia de poder, explotación, marginación e imperialismo cultural; y b) las formas de resistencia de las mujeres indígenas universitarias ante una cultura opresiva, donde se sienten limitadas en sus posibilidades de igualdad. Las autoras concluyen que la cultura mexicana está construida sobre complejas redes de poder que se manifiestan en todos los niveles de relación social, aunque esto no elimina del todo las posibilidades creativas de resistencia desde sus situaciones específicas de vida.

El análisis interseccional revela diferentes formas de opresión y dominación que se articulan, como la clase y la raza, además de la opresión de género, generando situaciones particulares de vulnerabilidad que pueden influir en respuestas más o menos efectivas. Esto permite captar la naturaleza del sistema patriarcal en sus aspectos culturales, temporales y de clase, mostrando que las mujeres resisten sin perder su funcionalidad, aunque experimenten síntomas que impactan su salud mental (Agoff y Herrera, 2015).

Desde una perspectiva de feminismo comunitario, Dorronsoro (2013) sostiene que la unificación de las luchas por la recuperación de la tierra y los cuerpos en respuesta a agresiones contra comunidades indígenas, especialmente contra las mujeres, también afecta su salud emocional. Es crucial destacar que las violaciones y subordinaciones a las mujeres indígenas no solo provienen de factores externos, sino también de sus propias comunidades. Así, el feminismo indígena cuestiona las relaciones patriarcales, racistas y sexistas, así como las tradiciones de sus propias comunidades que perpetúan la subordinación de las mujeres, lo que les lleva a reflexionar sobre las implicaciones para su salud mental.

En un estudio comparativo realizado en la República Dominicana por Lara Caba y colaboradores (2019), se implementó el Programa de Recuperación Emocional para Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género (PRMV). Los hallazgos indican una relación

significativa entre haber sufrido violencia y presentar psicopatología psiquiátrica, destacando que las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presentan síntomas más severos que aquellas que no la han sufrido. Las autoras concluyen que las mujeres que actúan fuera de los roles y estereotipos de género establecidos son más propensas a ser violentadas, lo que se vincula con malestares relacionados con la depresión.

Maisonave (2019) aborda la violencia sexual y de género en la Frontera Sur española, en un contexto de aumento de población migrante y refugiada. Las mujeres y niñas que atraviesan esta región experimentan sufrimiento, pero también desarrollan roles activos y resistentes. Sin embargo, es crucial señalar que las mujeres sufren violencia por el hecho de ser mujeres, a diferencia de los hombres, lo que representa una violencia estructural enraizada en un sistema sociocultural de dominación patriarcal. Las mujeres migrantes enfrentan serias dificultades, incluyendo la falta de recursos económicos y la carga de responsabilidades de cuidado, además del temor constante a la violencia durante la migración.

Ballester (2021) refuerza la perspectiva decolonial en un estudio cualitativo con 13 mujeres encarceladas en la prisión de Santa Martha Acatitla (Ciudad de México), analizando acciones subversivas que emergen a pesar de las limitaciones institucionales. A través de análisis discursivos, se investiga cómo estas mujeres desarrollan estrategias de resistencia en prisión, estructurando la resistencia en tres componentes de análisis: 1) como crisis y ruptura del sistema, 2) como estrategia para crear discursos ocultos y 3) como parte de un proceso de transformación de identidades colectivas. Este estudio corrobora que las resistencias que surgen en prisión están vinculadas a acciones cotidianas que no requieren organización formal, surgiendo de manera espontánea como formas de supervivencia ante dinámicas represivas.

Berenzon y colaboradoras (2013) examinan estudios epidemiológicos, encontrando que la prevalencia del trastorno depresivo unipolar es al menos dos veces mayor en mujeres que en hombres. Las mujeres de 15 a 44 años muestran una mayor vulnerabilidad a los trastornos depresivos durante la etapa reproductiva, periodo en el que asumen más roles y responsabilidades, además de estar más expuestas a experiencias de violencia y abuso. Factores endocrinos también influyen en los trastornos del estado de ánimo, vinculándose con la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión.

Núñez-Puente y colaboradores (2018) proponen explorar la vulnerabilidad en conexión con resistencia y resiliencia, analizando el marco representacional hegemónico de la víctima de violencia de género. Definen la imagen de la víctima como situada en un espacio de vulnerabilidad, lo que a menudo aleja a estas mujeres de su capacidad de agencia. La vulnerabilidad puede ser intrínseca o inducida, y las autoras sugieren que desde la vulnerabilidad se pueden desafiar los marcos prevalentes de inteligibilidad de la víctima, permitiendo que ocupen el espacio de la agencia sin renunciar a la transformación que ofrece la vulnerabilidad.

Butler (2017) describe a las mujeres como simultáneamente vulnerables y capaces de resistir. El estudio de este concepto se desarrollaría en dos áreas: primero, la necesidad de que el Estado y las instituciones preserven la vida; segundo, la lucha contra prácticas paternalistas que perpetúan desigualdades.

Arteaga y colaboradores (2019) evidencian que estas resistencias no solo se centran en la oposición directa al control masculino, sino también en otras dimensiones de desigualdad que se intersectan con el género. Ellas destacan que la hegemonía nunca es total ni estable, y que existen fuerzas que se oponen a esos sometimientos, refiriéndose a las

"resistencias sutiles" como manifestaciones cotidianas de las mujeres que, aunque menos visibles, son efectivas y organizadas.

Butler (2014) enfatiza que la performatividad de género no solo define nuestras acciones, sino también cómo el discurso y el poder institucional nos afectan. La resistencia implica una oposición tanto a la vulnerabilidad asociada a ciertos proyectos de pensamiento, como a sistemas injustos que utilizan la vulnerabilidad como parte de su ejercicio de poder. Sin una comprensión de la vulnerabilidad, no se puede abordar la resistencia, y al considerar la resistencia, comenzamos a desmantelar la resistencia a la vulnerabilidad.

3.3 Las estrategias de resistencia de las mujeres y la depresión

Nuestra cultura ha sido construida sobre complejas redes de poder, que se manifiestan en todos los niveles de relación social y cultural. Sin embargo, esto no elimina completamente las posibilidades creativas de resistencia de las mujeres; por el contrario, busca instaurar procesos transformadores en su realidad. La noción de interseccionalidad es relevante, ya que se refiere a procesos complejos derivados de la interacción de factores sociales, económicos, políticos y culturales en la producción social de la salud, y cómo estos impactan a mujeres de diversas clases (Pérez et al., 2018).

Las desigualdades y violencias que enfrentan las mujeres en entornos rurales provienen del Estado, sus comunidades, familias, parejas e incluso otras mujeres (Pineda & Moncada, 2018). El género se presenta como una categoría fundamental de desigualdad que estructura la sociedad en jerarquías, otorgando distintos accesos a recursos económicos, sociales y simbólicos. Estas desigualdades están vinculadas a mandatos culturales que asignan a las mujeres el trabajo no remunerado y a los hombres el trabajo remunerado. Estas

condiciones de agresión y violencia sexual, física y psicológica generan malestares en las mujeres, quienes resisten para continuar con su vida cotidiana.

Tasa-Vinyals y colaboradores (2015) subrayan la importancia de las experiencias de las mujeres, resaltando la necesidad de escuchar activamente su día a día para comprender su salud mental. El proceso de atención a la salud mental de las mujeres con perspectiva de género debe incluir capacitación y sensibilización a quienes brindan asesoramiento y apoyo legal. En México, el porcentaje de mujeres que busca apoyo institucional para terminar con la violencia es muy bajo, alcanzando solo el 8.2%.

La resistencia contra la dominación ideológica requiere una contra ideología que proporcione un marco normativo para las prácticas de resistencia (Penagos, 2016). Los procesos sociales y culturales pueden naturalizar la dominación, pero también pueden dar lugar a mecanismos de resistencia que permiten su desnaturalización, siempre que existan condiciones favorables, como cambios en las relaciones de poder y oportunidades para redefinir la experiencia de dominación a través de la comunicación y la reflexión colectiva. La resistencia se manifiesta como un trabajo continuo de acciones colectivas e individuales donde lo cotidiano se convierte en el núcleo de las luchas y transformaciones, enfrentando así los roles de género y desigualdades sociales.

La epistemología feminista implica conocimientos situados que reconocen cómo ciertas experiencias y percepciones pueden incorporarse al desarrollo de la investigación, en contraposición al sesgo androcéntrico que distorsiona la información. Esto se relaciona con la Teoría del Punto de Vista Feminista, que señala que el conocimiento está mediado por la cultura e historicidad del sujeto epistémico.

Berenzon et al. (2013) analizan que la depresión tiene un impacto significativo en la calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano de las mujeres. Los factores de riesgo psicosocial para la depresión en mujeres incluyen: ser mujer (especialmente si se es cabeza de familia), dedicarse exclusivamente a labores del hogar, tener bajo nivel socioeconómico, estar desempleada, experimentar violencia, consumir sustancias adictivas y la migración. A pesar de estos malestares, Agoff y Herrera (2015) señalan que las mujeres resisten, planteando formas de defenderse de los sesgos androcéntricos mientras persiste la amenaza y la falta de vías seguras para rebelarse abiertamente.

Las autoras identifican varias formas de resistencia simbólica:

- 1. Resistencia "fugitiva":** agresiones disfrazadas que ofrecen reparaciones prácticas y permiten críticas y la construcción de lazos sociales entre subordinados.
- 2. "Disfraz del mensajero":** desvalorización del otro a través de mensajes ambiguos.
- 3. "Murmuración entre dientes":** quejas indirectas que toleran situaciones de violencia hasta un límite que la víctima no puede aceptar.
- 4. "Ignorancia fingida":** simular falta de conocimiento para obtener beneficios a corto plazo.
- 5. Resistencia cotidiana:** ejercer derechos "poco a poco", como trabajar clandestinamente o manipular el tiempo y recursos.

También se destaca una resistencia material, como el "escamoteo de recursos", donde las mujeres ocultan ahorros o entregan dinero a personas importantes para ellas. La "estrategia para recuperar libertades" implica gestionar el tiempo para mantener actividades que les permitan disfrutar de su autonomía sin que sus parejas lo noten.

Las desigualdades de género, la normalización de la violencia y la división sexual del trabajo están enraizadas en instituciones y costumbres, lo que impacta a las mujeres y contribuye a malestares asociados con la depresión. Esto, a su vez, las lleva a permanecer en contextos de opresión y dominación, pero también abre oportunidades para avanzar y defenderse.

CAPÍTULO 4

Planteamiento del Problema.

La depresión supone un importante problema de salud pública debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida de las personas, sobre la estructura familiar y social y sus roles sociales, y puede llegar a ser uno de los principales factores de riesgo de suicidio.

La depresión se considera de gran importancia no sólo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad, por lo cual es importante comprender diversos procesos complejos que se derivan de la interacción de factores psicosociales que afectan de manera particular a la sociedad, pero específicamente a las mujeres.

El enfoque biomédico ha sido el principal en realizar los criterios para diagnosticar una conducta como anormal, así como, clasificar los factores que se consideran como determinantes entre la salud y enfermedad. Diversos estudios señalan que la depresión en las mujeres se relaciona principalmente con factores biológicos que contribuyen de manera directa e indirecta a presentar síntomas asociados a la depresión.

Sin embargo, desde la teoría crítica, esta mirada médica trata a las mujeres como producto de la biología femenina, desintegradas de las condiciones culturales y desigualdades estructurales de género. Por lo anterior, la epistemología feminista constituye un factor a

través del cual se cuestionan los marcos establecidos desde enfoques médicos que desvían la atención de como las desigualdades entre mujeres y hombres, así como los mandatos culturales específicos que atraviesan y condicionan los márgenes de acción de las mujeres.

Desde la perspectiva de la construcción social se señala que la producción social de la salud y la enfermedad está vinculada con el peso de la relación cuerpo-mente en los diagnósticos femeninos, y también de la encrucijada de las corporaciones de las tensiones de vivir en una sociedad marcada por las desigualdades estructurales de género, en la cual, la feminidad constituye un constructo donde se interseccionan una gran variedad de relaciones de poder que han sido institucionalizadas.

La inestabilidad emocional anclada a la construcción social de la feminidad se ha interpretado como producto de la biología femenina, atribuyéndola como una inevitable característica psicológica, que justifica las agresiones masculinas por sus características psicofisiológicas, y evidenciando la legitimación científica de las desigualdades y jerarquías de género, que aunado a la clase social y etnia amplían las brechas de desigualdad. Sin embargo, considerando lo anterior, se plantean posibilidades de acción y elección que nombraremos como resistencias de las mujeres ante la presencia de malestares asociados con la depresión.

Bacigalupe et al, (2020) mencionan lo importante que es considerar conceptos como malestares o sufrimiento psíquicos que engloben más factores psicosociales y desigualdades que viven las mujeres y no únicamente considerar los criterios diagnósticos psiquiátricos. Así mismo estas autoras señalan que la falta de visibilidad y simbolización social de malestares asociados con el sufrimiento de las mujeres impide, incluso, su adecuada

identificación por parte de las mujeres, ya que no existen referentes que lo hayan valorizado públicamente.

El ser mujer en una sociedad construida desde una cultura patriarcal, obliga a las mujeres a enfrentar día a día las desigualdades y violencias que viven, como señala Pérez, Silvestre y Lara, (2018) señalan se reproduce mediante las instituciones sociales como la familia y la escuela, en actos cotidianos que recuerdan, reafirman y sostienen permanentemente una dinámica de dominación-subordinación de los hombres sobre las mujeres.

El estudio de las resistencias debe comprenderse como resultado de un escenario cuya estructura social está fuertemente marcada por la dominación, la subordinación y el poder. Los dominantes ejercen poder y logran controlar a los subordinados, quienes en ocasiones ofrecen resistencia a esas fuerzas de dominación y control.

Borrell et al, (2004) el concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que indica la peor salud de los colectivos menos favorecidos. Los estudios que analizan las desigualdades sociales en salud según género y según clase social ponen de manifiesto que las personas de clases sociales menos privilegiadas y las mujeres presentan peor salud.

Por lo anterior, el presente trabajo contempla como el género y clase social fundamental en la presencia de malestares asociados a la depresión, encaminando a las mujeres rurales a generar estrategias de resistencia que les permite continuar ante la marcada dominación y como las lleva a resistir las dificultades que viven en su cotidianidad.

4.1 Relevancia social.

La presente investigación contribuirá aportando información a los estudios existentes de la depresión, pero en específicos busca resaltar la importancia de considerar los determinantes socioculturales que giran en las experiencias de las mujeres considerando que se pueda tener una visión general del problema de salud que presenta México ante la depresión en contextos rurales.

Al igual que, se propone el analizar en el tratamiento terapéutico de mujeres de sectores rurales, donde sus problemas como la sobrecarga emocional, de cuidados y laboral, derivado de una multiplicidad de roles, han sido reducidos y rotulados como depresivos.

Lo que resulta que de manera involuntaria las mujeres rurales reaccionen con presencia de malestares asociados con la depresión, derivado de los contextos culturales patriarcales, que son provocados por la división sexual del trabajo, las desigualdades entre mujeres y hombres, siendo las principales cuidadoras en los hogares, afectando su salud mental pero no su cotidianidad.

La literatura es también consistente al señalar que la salud mental tiende a empeorar a medida que lo hacen las condiciones de vida, como sufrir bajo nivel educativo, clase social baja, desempleo o falta de apoyo social. Se observa que a medida que desciende la clase social y el nivel educativo, aumenta su prevalencia de manera significativa. En relación con los diagnósticos de depresión y ansiedad, su frecuencia es también significativamente mayor a medida que desciende el nivel socioeconómico, así mismo se encuentra prevalencia de diagnósticos en mujeres de contextos rurales.

La teoría del punto de vista feminista proporciona una óptica diferente para reconocer la realidad social y, por lo tanto, otra forma de conocer, argumentando que se deben usar los ojos de las mujeres, para exponer al sistema opresivo. El conocimiento depende de un punto de vista, en el que se deben incluir múltiples posiciones de conocimiento o deben integrarse múltiples perspectivas en una. Se propone repensar, cómo se ha abordado la depresión desde el ámbito clínico, cómo son vistas las mujeres rurales con malestares asociados a la depresión, desde estos enfoques y vislumbrar cuáles son los efectos de esto en la vida de las mujeres.

CAPÍTULO 5

Método

5.1 Pregunta de Investigación.

- ¿De qué manera la depresión en mujeres rurales está asociada con las construcciones sociales, las condiciones y experiencias específicas de la región Otomí-Tepéhua?

¿De qué manera los malestares asociados la depresión en mujeres rurales está relacionado con las construcciones sociales en torno a la feminidad, sus condiciones de vida materiales y culturales, y experiencias específicas de la región Otomí-Tepéhua?

5.1.1 Preguntas secundarias.

- ¿Cuál es la experiencia de las mujeres rurales en relación con sus malestares asociados a la depresión?

- ¿De qué manera los malestares asociados con la depresión en las mujeres rurales están relacionados con las construcciones sociales en torno a la feminidad de acuerdo con su punto de vista?
- ¿Cuáles son los factores materiales y culturales asociados con los malestares asociados con la depresión?
- ¿Cuáles son las estrategias de resistencia de las mujeres rurales frente a los malestares asociados con la depresión que sufren?

5.2 Objetivo General.

Analizar cuál es la relación que existe entre malestares asociados con la depresión, la construcción social de la feminidad, las condiciones y experiencias específicas de vida de mujeres de la región Otomí-Tepehua.

5.2.1 Objetivos Específicos.

- Explorar de qué manera la depresión está vinculada con las construcciones sociales en torno a la feminidad en las participantes de acuerdo con su punto de vista.
- Observar las condiciones y experiencias específicas de vida de acuerdo con el punto de vista de las mujeres con depresión.
- Identificar los factores psicosociales como el género y la clase social se vinculan con la depresión en mujeres rurales.
- Describir las estrategias de resistencia de las mujeres rurales con depresión de la Otomí-Tepehua

5.3 Diseño y alcance del estudio.

Es un estudio de diseño no experimental transeccional exploratorio.

Sampieri et al, (2014) señala con frecuencia que la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones contextos y sucesos. Los diseños transeccionales exploratorios conocen una variable o un conjunto de variables, donde se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Una vez identificada la población, con la evaluación psicológica realizada por las psicólogas de las Instancias Municipales se realizaron entrevistas a profundidad para encontrar desde el punto de vista de las mujeres lo que ha sido para las mujeres rurales vivir depresión, así como las construcciones sociales en torno a la feminidad en las mujeres.

5.4 Población.

Se trabajó con 15 mujeres que fueron seleccionadas a través de las evaluaciones de atención psicológica realizadas por las Instancias Municipales y Desarrollo Integral de la Familia (DIF) municipales de la Región Otomí-Tepehua y el municipio de Tulancingo de Bravo, considerando los siguientes criterios inclusión:

- 1) Mujeres con antecedentes o diagnósticos de depresión que solicitan atención psicológica en la Instancia Municipal y DIF de los municipios que conforman la Región Otomí-Tepehua y Tulancingo de Bravo.
- 2) Mujeres que sean oriundas o residan en la Región Otomí-Tepehua y en el municipio de Tulancingo de Bravo.

- Criterios de exclusión:

- 1) Mujeres con ingesta de medicamento por malestares asociados con depresión estuvieran medicadas.

5.5 Estrategia muestral.

Muestreo selectivo o intencionado.

5.6 Procedimiento.

Se presentó y solicitó el permiso para entrar a las Instancias Municipales a través de la dependencia del Instituto Hidalguense de las Mujeres, de la cual se autorizó el acceso únicamente a los municipios de San Bartolo Tutotepec, perteneciente a la Región Otomí-Tepesua y Tulancingo de Bravo. Esta dependencia, considerando los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación, identificó a las mujeres que participarían en esta investigación, el tiempo de entrevista de las mujeres fue sugerido, sin embargo, la dependencia limitó el tiempo y espacio de las entrevistas, lo cual fue una limitante al realizar las entrevistas ya que se agendaron a las mujeres cada hora, lo que impidió dejar libre la entrevista pues eran interrumpidas las sesiones para avisar que estaba la otra mujer en espera, lo cual las instancias justificaron que los tiempos de las mujeres era limitado para las sesiones. Por otra parte, en el municipio de Acaxochitlán se pudo entrevistar a las mujeres desde el Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia (DIF), en el cual se siguió el mismo procedimiento que los anteriores municipios.

El encuadre de las sesiones se estableció en conjunto con las participantes, se expusieron los objetivos y se les leyó el consentimiento informado, una vez que aceptaban firmaban el consentimiento. Al inicio de la entrevista se recabó información específica como su nombre,

edad, religión, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento, años de casadas, número de hijos e hijas, nivel educativo, con quien vive actualmente.

Durante las entrevistas se realizó un diario de campo en el que se escribían las observaciones o ademanes o gestos que complementaban los dichos que ayudaría en la interpretación en la grabación, así mismo, se tomó nota de situaciones significativas para resaltar en el análisis de resultados.

Para realizar el análisis de la información, se transcribieron las entrevistas en el procesador de textos Word. Posteriormente en el programa Atlas TI se adjuntaron los programas primarios y se procedió a la asignación de códigos. Previamente se hizo una categorización de análisis a partir de lo señalado en el marco teórico, mismos que van en función de los objetivos planteados en esta investigación, análisis preliminar de las entrevistas. En la tabla 1, se muestra tal información. Una vez realizado lo anterior, se procedió a realizar el análisis de entrevista centrados en el significado desde la técnica de análisis de contenido.

Tabla 1.

Correspondencia entre los objetivos particulares de la investigación, ejes de análisis, dimensiones y códigos.

Objetivo particular	Ejes de análisis	Dimensiones	Códigos
Describir los factores psicosociales que se vinculan con la depresión en mujeres rurales.	Factores psicosociales	Género	Género
		Clase social	Bajo nivel socioeconómico, indígenas
		Consumo de sustancias adictivas	Alcoholismo
Observar las condiciones y experiencias específicas de vida de acuerdo con el punto de vista de las mujeres con depresión.	Malestares	Experiencias de Violencia	intrafamiliar
		Orgánicos	Enfermedades crónico degenerativas
		Psicológicos	soledad, culpa, trastornos alimenticios
Describir las estrategias de resistencia de las mujeres rurales con depresión de la Otomi-Tepehua.	Resistencias	Sociales	Estilos de crianza, patriarcado
		Malestar social	Malestares devenidos de las opresiones.
		Postura de cuidados y afectos	Cuidados y de afectos por hijas e hijos
		Autonomía económica	Fortalecimiento económico
		Soledad/ desolación	Soledad
Explorar de qué manera la depresión está vinculada con las construcciones sociales en torno a la feminidad en las participantes de acuerdo con su punto de vista.	Depresión desde el punto de vista de las mujeres	Redes de apoyo	Limitaciones y oportunidades de los vínculos familiares
		Experiencias de las mujeres	Estado de ánimo difícil de manejar

5.7 Criterios de inclusión.

-Como criterios de inclusión se consideraron a mujeres que solicitan atención psicológica en la Instancia Municipal o DIF, que presenten antecedentes de depresión o diagnósticos de depresión.

- Mujeres que sean oriundas o residan en la Región Otomí-Tepehua y en el municipio de Tulancingo de Bravo.

5.8 Criterios de exclusión.

-Mujeres con ingesta de medicamento por malestares asociados con depresión estuvieran medicadas.

5.9 Tipo de estudio.

Diseño de investigación No experimental, transeccional-exploratorio, cualitativo de alcance descriptivo.

5.10 Variables.

5.10.1 Definición conceptual.

Según la quinta edición del del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (a ed.; DSM-5) de la Asociación Americana de Psicología (2011) la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales (p. 155).

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el

ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias.

Hay diferentes tipologías de trastornos del estado de ánimo:

- Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio;
- Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos; y
- Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente.

5.10.2 Definición operacional.

Tabla 2.

Correspondencia de los ejes de exploración, indicadores y preguntas semiestructuradas

Ejes de exploración	Indicadores	Preguntas
Experiencias de las mujeres con depresión.	Depresión	¿Sabes qué es la depresión? ¿Has sentido malestares asociados con la depresión? ¿cómo te has sentido? ¿recuerdas un evento al que se asocie los malestares?

<p>Observación generacional de presencia de malestares asociados a la depresión en sus vidas</p>	<p>Malestares</p>	<p>¿ha sentido momentos que no tenga ganas de hacer las cosas?</p> <p>¿Prefiere quedarse en casa que salir?</p> <p>¿Ha sentido momentos de mucho cansancio y sueño que no puede controlar?</p> <p>¿Ha sentido ganas de llorar de manera repentina y sin ninguna razón aparente?</p> <p>¿Ha sentido un enojo descontrolado o que no pueda controlar?</p> <p>¿Sentía que no le caía bien a la gente?</p> <p>¿Se sentía triste?</p> <p>¿Pasa ratos llorando sin razón aparente?</p> <p>¿Se ha sentido sola?</p>
<p>De acuerdo con los significados de sus familiares de experiencias con malestares asociados con la depresión.</p>	<p>Antecedentes de malestares en la familia</p>	<p>¿Cómo ha sido la vida su madre y padre?</p> <p>¿Cómo los recuerda?</p> <p>¿Los recuerda siempre riendo, tristes, enojados?</p> <p>Piensa que su estado de ánimos afectaba su relación con ellos</p>

Experiencias de ser mujer (deber ser).	Normas y prácticas sociales	¿A qué se dedica? ¿Quién realiza principalmente las actividades del hogar? ¿En quién está el cuidado de hijos e hijas?
Momentos significativos (como el ciclo de vida, muerte de papá, parto, entre otros), asociadas malestares	Momentos significativos	¿Recuerda algún evento que haya marcado su vida? ¿Qué recuerda que sucedió en esos días?
Explorar estrategias con las que enfrentaron las dificultades o los malestares.	Estrategias de resistencia	¿Qué hizo cuando se dio cuenta? ¿Cómo recuerda que se sintió esos días?

5.11 Campo epistemológico.

La epistemología es una teoría del conocimiento que considera lo que se puede conocer y cómo las creencias son legitimadas como conocimiento verdadero. Por lo cual, la epistemología feminista es el cuestionamiento de los marcos establecidos para interpretar las observaciones que hacemos, que han dominado el discurso y la orientación de las corrientes principales en las ciencias sociales. Ejemplos de estas formas problemáticas para organizar nuestras observaciones son la dependencia de la dicotomía lógica y la tendencia a conceptualizar a las personas abstrayéndose de su contexto social, lo cual facilita la deshumanización (Blázquez et al., 2010).

La epistemología feminista centra el concepto en el que la persona que conoce está situada y por lo tanto el conocimiento es situado, es decir, manifiesta las perspectivas particulares de la persona que genera conocimiento, mostrando cómo es que el género sitúa a las personas que conocen. Por lo anterior, se desprende la Teoría del Punto de Vista Feminista desde el cual se aborda este trabajo. La cual sostiene que el mundo se representa desde una perspectiva particular situada socialmente, basadas en posiciones epistémicas privilegiadas, por lo que cuestiona las suposiciones fundamentales del método científico y sus implicaciones, destacando el conocimiento situado basado en la experiencia de las mujeres que les permite un punto de vista del mundo distinto (Harding, 2012).

5.12 Técnicas de recolección de datos.

Entrevista a profundidad individual para obtener datos de las experiencias percibidas de mujeres rurales amas de casa con antecedentes de depresión y/o con diagnósticos de depresión y diario de entrevistadora.

La entrevista a profundidad tiene como objetivo profundizar un tema hasta el máximo para recolectar la información, se realiza a personas concretas en forma individual y muchas veces exige tratar ciertos temas de manera confidencial (Zhizhko, 2016).

5.13 Participantes.

Mujeres rurales amas de casa con antecedentes de depresión o malestares asociados con la depresión.

5.14 Criterios de selección de la muestra.

-Acudir a atención psicológica a la Instancia Municipal para las Mujeres y/o DIF de los municipios de la Región Otomí-Tepehua

-Ser mujeres con antecedentes de depresión o malestares asociados con la depresión.

-Ubicada entre la Sierra Madre Oriental y el Altiplano del Valle de México, al sureste del Estado de Hidalgo, la región Otomí-Tepehua está integrada por tres municipios: Huehuetla, Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec, Acaxochitlán. La población que habita la Región Otomí-Tepehua cuenta con índices de marginación y pobreza preocupantes: 75.6% de la población de esta Región se encuentra con ingresos insuficientes, inferior a la línea de bienestar que permite considerar que la situación no ha mejorado y que el ingreso que obtienen de sus actividades productivas o de los programas de combate a la pobreza, no han surtido el efecto pretendido de mejorar la situación prevaleciente en esta Región (CONEVAL, 2015). Considerando a la población de la región Otomí-Tepehua por tener una condición rural, por elevados grados de marginación y evidentes rasgos indígenas.

Con el paso de los años las mujeres de la Región Otomí-Tepehua han tenido establecidos en su cultura los roles que deben desempeñar las mujeres y los hombres, generando desigualdades, por ejemplo Alvarado (2012) señala que respecto a la elección de sus representantes en sus comunidades “El delegado” y demás cargos solo se reúnen los hombres mayores de 18 años originarios de la comunidad, en esta elecciones las mujeres no tienen voz ni voto y por lo tanto tampoco se les permite ocupar puestos de este tipo.

El siguiente estudio considera relevante explorar la salud mental las mujeres de la Región Otomí-Tepehua del Estado de Hidalgo considerando lo anterior.

5.15 Conformación de la muestra.

La conformó quienes derivado de la evaluación psicológica de la Instancia Municipal para las Mujeres y/o DIF municipal que cuenten con antecedentes de depresión o malestares asociados con la depresión.

5.16 Técnicas de análisis de información.

Entrevista a profundidad cualitativa. Como lo menciona Taylor y Bogdán (1987), la entrevista en cualitativas en profundidad son encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

El presente trabajo se realiza desde una metodología cualitativa, se plantea realizar un muestreo no probabilístico propositivo. Para identificar a las participantes será por medio de la estrategia bola de nieve o por cadena, referidas por la psicóloga de las Instancias Municipales de las Mujeres y DIF municipal de los diferentes municipios de la Región Otomí-Tepehua, derivado de la evaluación que hayan realizado.

El análisis cualitativo centrado en el significado, el cual consistirá en un procedimiento inductivo a partir del cual se generarán modos de análisis centrados en el significado de los textos y teoría a partir de datos, esto permitirá identificar patrones o ítems recurrentes y descubrir categorías en los datos. Se realizará la transcripción de las entrevistas realizadas, posteriormente pasarán por un proceso de codificación, condensación y la interpretación del significado.

5.17 Áreas y ejes de exploración (establecidas a priori con base en lo señalado por la literatura).

Punto de vista de la depresión desde las participantes.

Observación generacional de presencia de malestares asociados a la depresión en sus vidas

De acuerdo con los significados de sus familiares de experiencias con malestares asociados con la depresión.

Experiencias de ser mujer (deber ser).

Momentos significativos (como el ciclo de vida, muerte de papá, parto, entre otros), asociadas malestares.

Explorar estrategias con las que enfrentaron las dificultades o los malestares

A partir de los datos obtenidos por la entrevista se realizará el análisis con la literatura revisada.

5.18 Características sociodemográficas de las mujeres.

Participaron en este estudio 15 mujeres de la Región Otomí-Tepéhua y del municipio de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, considerando el último por su cercanía a la región y por su movilidad de las mujeres de la región hacia este municipio.

En la tabla 3 se muestra las características sociodemográficas de las mujeres rurales, de la cual se refleja lo siguiente: la media de edad de las mujeres rurales está en 41 años; referente a su nivel educativo se encontró que 2 cuentan con primaria, 2 con primaria trunca, 3

secundaria, 4 bachillerato, 1 carrera técnica, 1 universidad, 1 universidad trunca y 1 cursando la universidad.

Por otro lado, referente a la ocupación las mujeres con mayor prevalencia se encuentran amas de casa con 8 mujeres, 1 empleada doméstica, 2 trabajan en administraciones públicas, 2 tienen negocio propio, 1 comerciante y 1 trabaja remuneradamente.

En relación con su estado civil de las mujeres la media en años de casada es de 30 años de las que 7 se encuentran casadas, 4 en unión libre, 2 mamás solteras (no se casaron ni viven con sus parejas) y 2 separadas. Así mismo en intervalo de hijas e hijos es desde 2 hijas/os a 10. En su religión 12 se asumen católicas y 3 cristianas. Las mujeres viven 2 solas, 4 con sus esposo e hijas/os, con sus hijas/os, 1 hijas/os y padre y madre de la mujer, 2 con pareja e hijas/os, 1 con hermanas y 1 con la familia de su esposo e hijas/os.

Tabla 3.

Datos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas

Nombre	Lugar De Nacimiento	Edad	Ocupación	Estado Civil	Años De Casada	Hijos/os	Religion	Nivel Educativo	Actualmente vive con	Municipio Donde Se Entrevistó
Genoveva P.	Tulancingo	44	Ama de casa	Casada	25	2	Católica	Secundaria	Esposo e hijas/os	Acaxochitlán
Gabriela G.	Acaxochitlán	46	Ama de casa	Unión libre	14	2	Católica	Secundaria	Pareja e hijas/os	Acaxochitlán
Basilisa V.	San Bartolo	32	Ama de casa	Mamá soltera	0	2	Católica	Bachillerato	Hijas/os	San Bartolo
Gabriela V.	San Bartolo	34	Empleada domestica	Unión libre	2 años 11 meses	1	Católica	Secundaria abierta	Hijo	San Bartolo
Olivia M.	San Bartolo	44	Empleada del ayuntamiento	Casada	24	3	Católica	Bachillerato	Esposo e hijas/os	San Bartolo
Amalia C.	San Bartolo	28	Ama de casa	Unión libre	8	2	Cristiana	Bachillerato	Hijos, Padre y Madre	San Bartolo
Angelica V.	San Bartolo	38	Ama de casa	Separada	1	2	Católica	Primaria	Hermanas	San Bartolo
Perla V.	Ixtlahuaco	28	Negocio propio	Separada	6	2	Cristiana	Universidad	Familia de esposo e hijas/os	Tulancingo
Marián H.	Tulancingo	47	Negocio propio	Madre soltera	0	2	Católica	Bachillerato	Hijas	Tulancingo
Rosa Maria M.	Tulancingo	56	Hogar y contadora	Casada	30	2	Católica	Universidad	Esposo e hijas/os	Tulancingo
Margarita Inés C.	Acaxochitlán	71	Comerciante: venta en el mercado	Casada	55	10	Católica	Primaria	Sola	Acaxochitlán
Catalina S.	Tulancingo	41	Hogar	Casada	17	2	Católica	Primaria	Esposo e hijas/os	Acaxochitlán
Judith B.	Tulancingo	31	Trabajo	Casada	3	1	Católica	Carrera técnica	Hijas/os	Tulancingo
Alicia M.	Tonalizco, Puebla	76	Ama de casa	Casada	55	5	Católica	Primaria	Sola	Acaxochitlán
Ana Cristina A.	Tulancingo	31	Administrativa	Unión libre	8	2	Cristiana	Cursando universidad	Pareja e hijas/os	Tulancingo

5.19 Aspectos éticos de la investigación.

En el presente estudio se considera de “Riesgo mínimo”, se cumplirá con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y el Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos.

La participación en el estudio fue en todo momento voluntaria, se mantuvo la confidencialidad de los datos y no fueron sometidos a ningún otro tipo de riesgo por su participación, previamente se expuso a las participantes un consentimiento informado escrito y oral.

5.20 Cronograma de Actividades.

	2021						2022					
Actividades/me ses	ENE - FEB	MAR - ABR	MA Y- JU N	JUL- AGO	SEPT- OCT	NOV- DIC	ENE- FEB	MAR - ABR	MAY -JUN	JUL- AGO	SEPT -OCT	NOV -DIC
Realizar protocolo de investigación												
Visita a los escenarios para solicitar acceso												
Aplicación												
Análisis de datos y												

transcripción de entrevistas												
Resultados y conclusiones												
Elaboración de informe												
Presentación												

Capítulo VI

Resultados

Para este análisis de la información fue necesario realizar las transcripciones de las entrevistas realizadas, de manera que se pudiera identificar unidades de información referente a los ejes de análisis explorados en las entrevistas: Factores psicosociales asociados con la depresión, malestares asociados con la depresión de los que se desprenden: Orgánicos, Psicológicos y Sociales, estrategias de resistencias y depresión entendida desde el punto de vista de las mujeres.

El género y la clase social constituyen como factores psicosociales centrales de las desigualdades, y a partir de la cual se organiza la sociedad en jerarquías que acceden diferenciadamente a recursos económicos, sociales y simbólicos. Estas desigualdades se relacionan con mandatos culturales específicos, que asocian como responsabilidad principalmente femenina el trabajo no remunerado y de cuidados, y masculina, el trabajo

remunerado fuera del hogar, mandatos de género que se encuentran más marcados en contextos rurales.

En este apartado se presentan fragmentos de los testimonios a partir del trabajo de campo realizado, así como su análisis e interpretación.

6.1 Puntos de vista de la depresión desde las mujeres.

Para explorar este apartado se les preguntó a las mujeres ¿Has escuchado hablar de la depresión? ¿has sentido esos malestares? a partir de su propia experiencia y su punto de vista las participantes nos explican qué entienden por depresión o cómo notaron que tenían malestares asociados con la depresión, así como explicaron cómo la viven y cuál ha sido su experiencia con los malestares en su día a día. A partir del análisis de la información de las mujeres entrevistadas, se exploró desde su experiencia de las mujeres, a partir de la cual relatan como ellas miran los malestares asociados con la depresión, como podemos ver en el siguiente testimonio:

La depresión, no sé cómo explicarlo claramente, pero es como un estado de ánimo. Que es difícil manejarlo. Porque, por ejemplo, no sé, puede uno presentar felicidad, tristeza, enojo y pasa un momento y se verá aún más la emoción. Entonces la depresión no sé para mí, es un estado de ánimo, pero muy constante (Mujer de 28 años, originaria de Tulancingo de bravo, Hgo.).

Hay veces que pienso que despierto así, es que no puedo dormir. Porque me siento como que siento que mi corazón se acelera y me siento preocupada, no sé ni por qué. Eh a veces me despierto así. En todo el día me siento así. Y hay ratitos en que, pues cambia mi estado de ánimo, pero de momento otra vez hasta abajo. Yo lo que hago

es mantenerme en el camino, digo. Ya va a pasar el día, dije ya casi es hora de dormir. Primero Dios duerma, me sienta bien. Mi mentalidad es como que con el paso de los días yo me tengo que sentir mejor, entonces digo, si ya van dos días que me siento muy mal, pues a lo mejor será hasta 5, digo, pero ya van a llegar, aceptémoslo todo y ya me voy a sentir mejor. Es como que mi motivación de decir. Y dejé sentir lo que estoy sintiendo, por ejemplo, si me siento muy triste., a veces si tengo los motivos, a veces no, pero lo saqué llorando. Lo sacó llorando, por lo general eso (mujer de 28 años, originaria del municipio de Tulancingo, Hgo).

Las mujeres se ven envueltas en una serie de demandas sociales dentro de contextos desiguales de clase y género, violencia y precariedad actúan en la producción de malestares asociados con la depresión en las mujeres rurales, que las orillan a estar en la constante de cumplir con el “deber ser” de los roles y estereotipos. Encontrando un lenguaje a todas estas opresiones, desigualdades y violencias en los cuerpos de las mujeres que viven estos malestares en su cotidianidad, como se muestra en el siguiente testimonio:

Porque los problemas eran durísimos junto a mi esposo. Para que te casaste conmigo si pensabas andar así, no te hubieras casado conmigo, pues apoco no, para que le hicieran a uno la vida imposible, tiempo sobra. Ahora pues yo gracias a Dios, dice el dicho, no fui de esas que dijera, pues por aquí me las cobré, no por mis hijos, por mis hijos, ¿qué ejemplo le pone uno a los hijos?, o no señorita. Uno como madre. Bueno las que pensamos las que no, no las que no, pues por aquí anda el marido y por allá, eso no es bueno, a mí eso no me gusta. Esas cosas no me gustan. Y entonces, pues mi esposo, pues sí, de verdad se divirtió con otras mujeres, hasta que Dios lo recogió, eran los pleitos durísimo, hasta ya me golpeaba, pero yo tonta que no me

queje. Es muy triste esas cosas. (Mujer de 77 años, que vive municipio de Acaxochitlán, Hgo.)

Las experiencias vividas por las mujeres en condiciones estructuralmente opresivas y desiguales, parece que las orilla a creer que “no podrán dejar de sentir tristeza”, siendo el malestar reflejo del mundo en el que se desenvuelven, un lenguaje plasmado en la corporalidad de las mujeres, donde al parecer las lleva a tener fuerzas o debilitarlas.

No sé, solo siento una tristeza. ¿Y a veces sí, sí, me han dicho, pero por qué te sientes así, pues que no sé, sólo sé que me siento muy triste, me siento como vacía, me siento sola (mujer de 28 años, vive en el municipio de Tulancingo, Hgo)?

Las mujeres dan cuenta de múltiples malestares, derivado de aquellas vivencias en sentido negativo que experimentan las mujeres, como se ve en el siguiente testimonio:

Es un negocio de lápidas, panteones. El que nosotras no, no sabemos hacerlo porque él es el que sabe hacer todo, pero nosotras en este momento nos ayudan mis hermanos a trabajar y el que nosotras nos fijemos como lo hace él y que mis hermanos lo hagan. O sea, prácticamente, se va a escuchar muy feo, pero en el momento que mi esposo se alcoholiza y lo tengo que llevar al grupo (AA), no lo necesitamos aquí afuera. Se va a sacar el trabajo así. Entonces creo que, no no creo, estoy segura que de lo malo siempre hay algo bueno y que lo bueno nos tenga que beneficiar (mujer de 44 años, originaria del municipio de Acaxochitlán, Hgo.).

Ver que mi niño cuando él estuvo internado en el hospital, verlo que estaba ahí, tiradito en la cama sin poderse mover. La cabecita ya la tenía toda aplastada, me di cuenta que era una torta aplastada y que no me daban esperanzas. Y me pongo a

pensar y si él le echo ganas a la vida, porque yo no, él se aferró a la vida porque quería seguir viviendo. Pues sí, ocurrió un milagro que aguantará y pudiera sobrevivir, me decían que él no iba a caminar, que no iba a poder hablar. Él iba a estar ahí tiradito. Y sin embargo no, mi hijo camina, me empieza a hablar, nada más empieza a pronunciar su nombre y de sus hermanos, él no sabe que si está enfermito. Al fin de cuentas que es un niño normal. Y si me doy cuenta en el que si él le echo ganas porque yo no (mujer de 41 años, originaria del municipio de Acaxochitlán, Hgo.).

A través del cuerpo las mujeres ven los indicios de las desigualdades y violencias que se reproducen, tal es el caso de la depresión. Posiblemente la depresión y las enfermedades han sido la forma de expresión “permitida” de las mujeres (Montesó-Curto et-al, 2011). Por lo que Zapata (2019) considera fundamental, ver los malestares de las mujeres desde un punto de vista que no sólo asuma las categorías médicas, sino más bien una aproximación desde el punto de vista de la actora, se trata de estudiar sujetos desde sus realidades y no aisladas de sus contextos, como se ve en el siguiente testimonio.

Sólo estaba acostada, sólo me levantaba como para hacer lo indispensable que era este, pues hacer la comida para los hijos, llevarlos a la escuela, traerlas, pero yo me volví a acostar y me volvía a dormir. Preparar, limpiar la casa, lavar la ropa esas actividades las realizaba, las actividades de la casa. En parte es como que no era así a diario o no tener la casa esté como antes, la tenía limpia solo como que preparaba lo indispensable. Así fue como probablemente 6 meses (mujer de 44 años, originaria del municipio de Acaxochitlán, Hgo.)

Las redes de apoyo resultan importantes para salir de momentos de violencia y desigualdad, que derivan de ciertas creencias que someten a las mujeres a “aguantar” acciones de violencia de sus esposos y consumo de sustancias adictivas, se callan por temor a no ser apoyadas y juzgadas por sus familiares, ocasionando malestares, por lo cual es de suma importancia para las mujeres rurales las relaciones basadas en el apoyo mutuo como elemento imprescindible para la recuperación en depresiones, y en general, para la reproducción de la vida, como se muestra en el siguiente testimonio:

O sea, si te vas con esa persona, esto y lo otro, y entonces es ahí cuando tú te guardas demasiadas cosas por miedo a que tus papas a lo mejor no te apoyen o porque no solamente yo lo he vivido, lo he vivido con otras personas que me han platicado su experiencia, que es muy difícil. Cuando estás sola tienes hijos y no tener el apoyo de tus padres, por eso muchas personas a mí me han hecho comentarios de tienes créeme, que tienes unos papás increíbles porque a muchas sus papás no les dan el apoyo a sus hijos como a ti te lo dieron cuando dejás a tu pareja. Pero por yo creer que mis papás lo veían así. Pues yo me calle 3 años. Sin decir nada (mujer de 41 años, originaria del municipio de San Bartolo Tutotepec, Hgo.).

Mi niñez, tengo un papá alcohólico, tengo una mamá alcohólica. Todo fue como que, relacionado también la vida de ellos, las infidelidades de mi papá con mi mamá es que mi mamá este, pues aguantará también de todas estas situaciones. ¿Y ver qué? Pues yo estaba pasando por lo mismo. Cuando yo he según mi mente era este, pues a mí nunca me va a pasar. Yo tengo la casa limpia, los hijos limpios, o sea como que me hice esa situación de ser la señora perfecta, para que mi esposo no me hiciera lo que mi papá le hizo a mi mamá o pasar una situación que nosotros veíamos que vivían

mis papás. O sea, el tener este lo que no hacía mi mamá, yo lo hacía por decirte en la ropa limpia, la comida limpia, el aprender a bordar a tejer cosas que mi mamá no hacía y aquello en mi mente pensé que si yo lo hacía iba a tener el matrimonio perfecto y que mi marido. Pues será perfecto, digámoslo así (Mujer de 44 años, originaria de Tulancingo de bravo que reside en el municipio de Acaxochitlán, Hgo.)

Bajo el enfoque de la interseccionalidad, estas opresiones, que trabajan en red, son al mismo tiempo causa y efecto en la creación de desigualdades más pronunciadas, agregamos que en contextos rurales las mujeres están sujetas a violencias estructurales. Si desgranamos esta red de opresiones y discriminaciones vemos como aparecen las conexiones entre ellas y las humillaciones cotidianas y estructurales, como la problemática del acceso al territorio, la dificultad para ejercer las maternidades en solitario o de manera forzada, las esterilizaciones forzadas a mujeres indígenas, la falta de acceso a servicios, creencias en sus culturas enfatizan la división sexual del trabajo, así como de roles y estereotipos. Estas discriminaciones y opresiones se reproducen y se sufren con diferencias respecto de las mujeres occidentales, poniendo de manifiesto que las mujeres de bajo nivel socioeconómico y de ambientes rurales son menos privilegiadas e impactan negativamente en su salud (Borrell et al., 2004).

Ordorika (2009) por su parte, indica que el género tiene un peso fundamental en la salud mental de las mujeres debido a que determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los condicionantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.

Por otro lado, Zapata (2019) señala como las somatizaciones son respuesta corporal a aquellas vivencias en sentido negativo que experimentan las mujeres. Dentro de los testimonios de las mujeres entrevistadas narran que identifican los momentos o “disgustos” que desencadenaron o intensificaron los malestares asociados con la depresión como: infidelidad de sus esposos, violencia intrafamiliar, alcoholismo de sus esposos, pérdida de un familiar o enfermedades, así mismo describen los malestares: “dolor de cabeza, irritabilidad, comer mucho, sentirse cansadas con mucho sueño o periodos de insomnio y ganas de no hacer las cosas”.

Fue a raíz de un disgusto. Y ahí empezó como que el malestar. Porque yo me sentí mal, ganas de no comer, no bañarme, no levantarme. Yo me sentí triste. Muy, muy triste, voy al médico porque me empieza a doler todo el cuerpo y en ese momento también se me detecta artritis reumatoide, se me empieza a dar el tratamiento como tal, pero yo seguía sintiéndome mal. Seguía sintiéndome triste, más que nada. Estos malestares, entonces ya el médico internista me dice que tengo que venir a terapia física, yo comento esto al regresar a mis consultas que yo sigo sintiéndome triste y ya es como me dicen que también necesito una terapia psicológica y es ahí donde me diagnosticaron depresión (Mujer de 44 años, originaria de Tulancingo de bravo que reside en el municipio de Acaxochitlán, Hgo.)

La depresión, no sé cómo explicarlo claramente, pero es como un estado de ánimo. Que es difícil manejarlo. Porque, por ejemplo, no sé, puede uno presentar felicidad, enojo y pasa un momento y se verá aún más la emoción. Entonces la depresión no sé para mí, es un estado de ánimo triste, pero muy constante. (Mujer de 28 años, originaria de Tulancingo de bravo, Hgo.)

Las mujeres a través de su cuerpo han expresado una serie de malestares, tal es el caso de la depresión. Posiblemente la depresión y las enfermedades han sido la forma de expresión “permitida” de las mujeres (Montesó-Curto et-al, 2011). Por lo que Zapata (2019) considera fundamental ver los malestares de las mujeres desde un punto de vista que no sólo asuma las categorías médicas, sino más bien una aproximación desde el punto de vista de la actora, se trata de estudiar sujetos desde sus realidades y no aisladas de sus contextos, como se ve en los siguientes testimonios:

Hay veces que pienso que despierto así, es que no puedo dormir. Porque me siento como que siento que mi corazón se acelera y me siento preocupada, no sé ni por qué. Eh a veces me despierto así. En todo el día me siento así. Y hay ratitos en que, pues cambia mi estado de ánimo, pero de momento otra vez hasta abajo. Yo lo que hago es mantenerme en el camino, digo, ya va a pasar el día, dije ya casi es hora de dormir. Primero Dios duerma, me sienta bien. Mi mentalidad es como que con el paso de los días yo me tengo que sentir mejor, entonces digo, si ya van dos días que me siento muy mal, pues a lo mejor será hasta 5, digo, pero ya van a llegar, aceptémoslo todo y ya me voy a sentir mejor. Es como que mi motivación de decir. Y dejé sentir lo que estoy sintiendo, por ejemplo, si me siento muy triste., a veces si tengo los motivos, a veces no, pero lo saqué llorando. Lo sacó llorando, por lo general eso (Mujer de 28 años, originaria del municipio de Tulancingo, Hgo)

Sólo estaba acostado, sólo me levantaba como para hacer lo indispensable que era este, pues hacer la comida para los hijos, llevarlos a la escuela, traerlas, pero yo me volví a acostar y me volvía a dormir. Preparar, limpiar la casa, lavar la ropa esas actividades las realizaba, las actividades de la casa. En parte es como que no eran

así a diario o no tener la casa esté como antes, la tenía limpia solo como que preparaba lo indispensable. Así fue como probablemente 6 meses (Mujer de 44 años, originaria del municipio de Acaxochitlán, Hgo.)

Señalar que los descansos como manifestación del malestar asociado con la depresión, nublan perspectiva de mirar que permitir que las mujeres tengan descansos físicos y emocionales, tiempos dedicados para ellas mismas, son considerados tiempos no bien vistos en algunos momentos, ya que el mandato de género determina mantener la casa impecablemente limpia, el cuidado de hijas e hijos, que impide encontrar espacios para expresar sus emociones y encontrar un descanso. Por tanto, ejercer el rol de cuidadora informal es una situación que facilita la aparición de la depresión, debido a la división sexual del trabajo y también se debe tener en cuenta la clase social, derivado de tener que soportar la doble o triple jornada de trabajo laboral.

La forma en que me educaron. Era siempre quedar bien, eh, ¿Cómo se dice eso? ¿Cómo?, Ajá hacer todo para que los demás se sintieran bien sobre mis decisiones, no sea como que siempre es La niña ejemplo, siempre buenas calificaciones siempre educada siempre así no, complaciente con ellos, entonces, pues eso que estaba haciendo, pues claro que no les complacía en lo más mínimo, no, pero creo que si pudiera describir la educación de mis papás era así, ¡si tú eres así, pues vas a tener todo de mí!. Pero si tú. ¿Esto no lo haces o esto así? Pues te la pierdes, no, entonces así fue como me educaron (mujer de 31 años, originaria del municipio de Tulancingo, Hgo.).

Una de las implicaciones de la construcción de la relación entre géneros es que las mujeres nos han enseñado a tener miedo a la libertad; miedo a tomar decisiones por si mismas sin contemplar la aprobación del hombre, haciéndonos profundamente dependientes de los

demás y se nos ha hecho sentir que la soledad es negativa, alrededor de la cual hay toda clase de mitos y expresiones. Es por ello que Lagarde (2006), considera importante desmontar esta construcción, considerando que la clave es diferenciar entre soledad y desolación.

En todas las sociedades, reafirmar estos mandatos de género conlleva muchas desventajas estructurales, viviendo con peores condiciones, sufriendo discriminación y violencias específicas, lo cual impacta de forma relevante sobre su salud física y mental. El género regula las relaciones de poder entre hombres y mujeres y se intersecciona, además, con otros ejes de desigualdad por razón de clase social o raza, como consecuencia de una compleja estructura social heteropatriarcal (Bacigalupe et al., 2020).

Exposto (2024), señala que el malestar puede ser un mapa cognitivo: una resistencia que contribuya a redistribuir lo tolerable y lo intolerable; las narrativas paternalistas y asistenciales del campo de la salud mental; y los esquemas lineales, plenos y omnipotentes de la imaginación política tradicional. Por lo general, seguimos pensando las “problemáticas de salud mental” en términos de identidad (algo que somos) y propiedad (algo que tenemos) (Butler, 2018).

6.2 Estrategias sutiles de resistencia de las mujeres.

Hablando de resistencia se entiende como fuerzas que se enfrentan a las dominaciones, no necesariamente organizadas, sino que emergen de modo menos evidente. El término “resistencias” son como pequeñas pero efectivas expresiones cotidianas de las mujeres, pudiendo hacer referencia a las tácticas o simplemente a prácticas y arreglos realizados de manera individual en el día a día (en lo doméstico). No sería posible pensar las resistencias de las mujeres si no fuera por la comprensión de múltiples vulnerabilidades, producto de las

múltiples categorías sociales de desigualdad que operan en la cotidianidad que concluye que la comprensión de la hegemonía nunca es completa (Arteaga, Galaz y Abarca, 2019).

Resistir genera un cierto aliento ante las situaciones opresivas. Resistir dentro de la contracorriente a la tendencia a sucumbir al miedo y a las habituales reacciones que éste provoca, concepciones de resistencia que invitan a quedarse pasivas, signado por una lógica de la negación, la oposición y la no aceptación, que pareciera que no incluye la positividad de una acción (Rolnik, 2019).

Las experiencias de vida de las mujeres difieren de las de los hombres, la carencia y el poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas. El estatus socioeconómico de las mujeres ha sido propuesto como un posible factor que conduce a altas tasas de depresión.

De igual manera, las mujeres que viven en ambientes rurales son alcanzadas por la condición de clase social que guarda relación con su salud. Por lo cual, Pérez et al, (2018) 0, de los que esta autora señala que se refiere que las normas, valores y formas estructurantes de la sociedad se configuran de forma diferente dependiendo del nivel socioeconómico al que pertenezcan, a lo cual las mujeres resisten a estos mandatos y desigualdad fortaleciendo el valor en sí mismas, protegiendo su identidad, pero también cuestionando los mandatos de género.

Somos 5 mujeres hermanas y dos hombres, y este pues ellos sí se pueden equivocar, pero nosotras no. Mi padre fue muy violento con mis hermanas y conmigo. Muy celoso, muy posesivo, nos hacía creer muchas cosas. Que como mujeres no, no éramos así como si no valiéramos la pena como él decía. Desde que nacimos, así les decía a mis

hermanas. Siempre renegaba del sexo, en ese momento que quien naciera siempre decía, pues otra mujer no, otra mujer, porque nacimos 5 mujeres. Sí. Este. Pues sí, para nosotros en ese entonces pudiera ser hasta normal que nos pegaran. Y así crecimos, así crecí. Hasta que me casé, me fui de mi casa.

Considerado que en la recolección de los datos sociodemográficos lo reportado por las mujeres es que 13 de ellas se asumen creyentes de la Religión Católica y dos más de la Religión Cristina. Contemplando la religión con un elemento cultural y sistema abstracto de creencias con influencia en la forma como las personas estructuran y experimentan su cotidianidad y organización dentro de la sociedad. Las creencias religiosas en el contexto de la región Otomí Tepehua estructura el concepto de familia y organiza los roles y asignaciones para hombre y mujeres, asignando reglas no escritas pero impuestas como no estar permitida la separación una vez que se convierte en esposos, pero por otro lado si es esperada y tolerada la infidelidad y la violencia de los hombres hacia las mujeres, impactando en su estado de ánimo de las mujeres, llevándolas a sentir tristezas profundas (Alvarado, 2012).

Desde una epistemología de género, se rastrea como estos mandatos impuestos justifican la exclusión de la mujer de determinadas tareas y su vinculación de manera casi exclusiva a los papeles tradicionales y las ocupaciones reconocidamente femeninas por la comunidad. Desde este sistema de creencias se les ha impuesto a las mujeres sean solamente parte de la vida privada de los hogares y sean ellas las responsables de su administración y cuidado, porque es así como las educaron:

Fue muy triste desde que me casé, claro. Porque mi esposo la verdad fue muy “mujerero”. Pero yo le aguante hasta donde puede, hasta que Dios lo recogió,

ya lo estoy diciendo. Ay, la vida más triste que se siente (Mujer de 76 años, originaria del municipio de Acaxochitlán, Hgo).

La forma en que me educaron. Era siempre quedar bien, eh, ¿Cómo se dice eso? ¿Cómo?, Ajá hacer todo para que los demás se sintieran bien sobre mis decisiones, no sea como que siempre es La niña. Ejemplo, siempre buenas calificaciones, siempre educada siempre así no, complaciente con ellos, entonces, pues eso que estaba haciendo, pues claro que no les complacía en lo más mínimo, no, pero creo que si pudiera describir la educación de mis papás era así. ¿Si tú eres así, pues vas a tener todo de mí no? Pero si tú. ¿Esto no lo haces o esto así? Pues te la pierdes, no, entonces así fue como me educaron (mujer de 31 años, originaria del municipio de Tulancingo, Hgo).

Nuestra cultura ha sido construida sobre complejas redes de poder que se instalan en todos los niveles de relación social, también es cierto que esto no borra totalmente las posibilidades creativas de las mujeres para resistir e instituir permanentemente nuevos procesos de transformación de su realidad. Así, tener la conciencia de dominación/subordinación de género y el acceso, aparece como una alternativa para resistir en una cultura patriarcal, neoliberal y visualizar otros horizontes de vida por parte de estas mujeres, por lo que la creencia en el valor de sí mismas por sobre la desvalorización y discriminación vividas (Pérez, Silvestre y Lara, 2018).

Yo no, no me considero que sea una simple mujer, considero que tener un espacio en un trabajo en el cual, no sé considera sea para mujeres, eso es ser machista. Los hombres que tienen un poquito más de estudio, disimulan a diferencia de los hombres de las comunidades. Ellos si hacen la diferencia porque lo dicen con más naturalidad.

Lo dicen tal cual como lo piensa y los que ya están más aquí en el pueblo. Eso lo dicen disfrazados nada más. No digo que no haya hombres que quieran que las mujeres salgan, pero en la mayoría no. A lo mejor los más jóvenes traigan otras ideas. Pero los más mayores siguen pensando que ellos siempre tienen la razón y quieren mandar, decir es que tú eres mujer y no deberías ocupar esos puestos de trabajo (mujer de 44 años, originario del municipio de San Bartolo Tutotepec, Hgo.)

Cómo se lee en relato esta mujer, empleada de administración pública del municipio de San Bartolo enfrenta malestares asociados a la depresión ocasionados por la presión que siente al trabajar y no cumplir con los mandatos de género y dejar a su familia.

Los cuidados, engloban aquellas actividades dirigidas a la provisión social y la reproducción física, social y emocional de los seres humanos, respaldada por un conjunto de mandatos morales de género y por una lógica que considera la actividad fuera del ámbito de la economía monetaria, que van desde alimentar, enseñar, vestir, cuidar del hogar y todo tipo de afectos y preocupaciones por “el/la otro/a”, estas labores, denominadas “trabajo reproductivo” han sido feminizadas, privatizadas y confinadas a la esfera doméstica, y con ello, invisibilizadas y desvalorizadas.

La medicalización adquiere características propias en el ámbito de la salud mental, ya que han sido ampliamente impulsadas por el desarrollo de la industria farmacéutica y del androcentrismo, reproduciendo estereotipos sobre la masculinidad y la feminidad que permean la atención clínica y la relación médico/paciente. Por ello, las mujeres son vulnerables a los procesos de medicalización, ya que sufren una mayor coerción por parte de las instituciones médicas y psiquiátricas sobre sus cuerpos, como resultado de ser más fácilmente etiquetadas como enfermedades mentales (Bacigalupe et al, 2020), dejando poco

margen a pensar como sus experiencias y sus cuerpos son atravesados por la vulnerabilidad de las opresiones del contexto en los que se desarrollan.

Nunca pensé que fuera frágil, ni tan débil, siempre creí que soy una mujer fuerte, y yo lucho y no me gusta que ejerzan violencia contra las mujeres y no me gusta que piensen que las mujeres somos menos, nunca me ha gustado, y yo decía pues, ¡yo puedo con esto! mujer de 44 años, originario del municipio de San Bartolo Tutotepec, Hgo.)

De igual forma, Giaconi, (2021) piensa las mujeres dan cuenta de múltiples y variadas resistencias individuales, las que realizan con distintos objetivos, entre ellos, desarrollan resistencias para sobrevivir al trabajo de cuidado, resistencias frente a la invisibilización que éste sufre, resistencias frente al patriarcado y resistencias frente a lo laboral.

Agoff & Herrera, (2015), enfatizan en que históricamente se ha querido fomentar que el rol principal de la mujer es ser madre y cuidar de su familia, siendo la encargada del “espacio privado”, reforzado contantemente por el patriarcado. La suma de las normas tribales, culturales y religiosas someten a muchas mujeres rurales a la presión de tener muchos descendientes, por encima de su propia voluntad o incluso estado de salud.

Como se expuso, las estrategias sutiles de resistencias de las mujeres que se proponen en este artículo considera dos clasificaciones las mujeres resisten, sus malestares asociados con la depresión de las que se encuentra un beneficio como en: autonomía económica, postura de cuidados y afectos, así como redes de apoyo, sin embargo, en contrasentido la otra clasificación se pensaría la resistencia como una oposición que no produce acciones que

lleven a las mujeres a la transformación del malestar, sino a permanecer en él, de las cuales aparece la resistencia en el mismo malestar, como se lee en el siguiente testimonio:

Es un negocio de lápidas, panteones. El que nosotras no, no sabemos hacerlo porque él es el que sabe hacer todo, pero nosotras en este momento nos ayudan mis hermanos a trabajar y el que nosotras nos fijemos cómo lo hace él y que mis hermanos lo hagan. O sea, prácticamente, se va a escuchar muy feo, pero en el momento que mi esposo se alcoholiza y lo tengo que llevar al grupo (AA), no lo necesitamos aquí afuera. Se va a sacar el trabajo así. Entonces creo que, no no creo, estoy segura que de lo malo siempre hay algo bueno y que lo bueno nos tenga que beneficiar (Mujer de 44 años, originaria del municipio de Acaxochitlán, Hgo.)

La autonomía económica brinda a las mujeres un espacio de resistencia, a través de la cual aun con la presencia de malestares asociados con la depresión, no le impide poder aprender un nuevo oficio que le permita mejorar la economía de ella y su familia, lo cual se resalta en la siguiente frase: “estoy segura que de lo malo siempre hay algo bueno y que lo bueno nos tenga que beneficiar”.

Las resistencias cotidianas de las cuidadoras para hacer frente al trabajo de cuidado, se generan en la búsqueda de contar con espacios y límites que les permitan sobrellevar el trabajo de cuidado y sus dificultades. Otra de las resistencias de las mujeres, tiene relación con pensarse más allá del rol de cuidadora y madre, dándose el derecho de seguir siendo mujer. Esta consideración, las lleva a buscar participar de espacios sociales que no tengan relación al cuidado ni a la discapacidad y/o dependencia (Giaconi, 2021).

En cuestión de mi casa con mis hijos, si lavo la ropa, pero no la doblo, ahí la tengo y en lo personal a mí, no soy exagerada en el orden, pero sí me gusta tener la ropa

separada, doblarla y acomodarla, no me gusta tener ropa en la cama y todo, pero hay días que no tengo ánimo, ya llevo muchos días, así como 23 semanas. Entonces como que no encuentro, eso que me gustaría encontrar. Ese motivo, así como que yo mismo voy a entrar en mí. Pero pues no sé, a veces siento que no, ni yo misma sé qué es lo que realmente me tiene así (mujer de 28 años, del municipio de Tulancingo, Hgo.)

Las mujeres también resisten y logran hacer frente al trabajo de cuidados, a través de la *reivindicación del derecho al cansancio* y a la “*flojera*”, como ellas mismas lo mencionan, pues por mucho tiempo se sobre exigieron para cumplir con todas sus tareas y roles, no dándose espacios para descansar (Giaconi, 2021).

En el testimonio siguiente se puede leer la resistencia en los cuidados y afectos, dirigida en los hijos e hijas, “echarle ganas a la vida por ellos/ellas” resulta ser en las mujeres un motor que impide dejarse llevar por los malestares asociados con la depresión, como el no quedarse en la cama y avanzar en sus actividades cotidianas aun sin sentir el ánimo, como lo menciona a continuación:

Ver que mi niño, cuando él estuvo internado en el hospital, verlo que estaba ahí, tiradito en la cama sin poderse mover. La cabecita ya la tenía toda aplastada, me di cuenta que era una torta aplastada y que no me daban esperanzas. Y me pongo a pensar y si él le echo ganas a la vida, por qué yo no, él se aferró a la vida porque quería seguir viviendo. Pues sí, ocurrió un milagro que aguantará y pudiera sobrevivir, me decían que él no iba a caminar, que no iba a poder hablar. Él iba a estar ahí tiradito. Y sin embargo no, mi hijo camina, me empieza a hablar, nada más empieza a pronunciar su nombre y de sus hermanos, él no sabe que si está enfermito.

Al fin de cuentas que es un niño normal. Y si me doy cuenta en el que si él le echo ganas por qué yo no (Mujer de 41 años, originaria del municipio de Acaxochitlán, Hgo.)

Una de las implicaciones de la construcción social implica cómo a las mujeres se les ha enseñado a tener miedo a la libertad, miedo a tomar decisiones por sí mismas sin contemplar la aprobación del hombre, reforzando la creencia que las mujeres son dependientes de los demás y que no pueden estar solas, mostrando la idea que la soledad es negativa. Alrededor de la cual hay toda clase de mitos y expresiones. Por lo cual, el aislamiento que supone el trabajo doméstico mengua las posibilidades de apoyo mutuo y refuerza el sentimiento de soledad y desolación (Zapata, 2019).

Por lo anterior, Lagarde (2006), considera importante desmontar esta construcción, considerando que la clave es diferenciar entre soledad y desolación. Las mujeres entrevistadas hablan que por temor a “no poder hacerlo solas” refiriéndose que sienten que no podrán enfrentarse sin apoyo del esposo para cumplir con los gastos económicos o pensar en no poder con la responsabilidad de hijos e hijas, las hace permanecer en situaciones de opresión y desigualdad que desencadena malestares, aunado a lo anterior las mujeres se callan con sus familiares por temor a no ser apoyadas y juzgadas, siendo también otro factor que desencadena malestares asociados con la depresión, como se lee en los siguiente testimonios:

Han cambiado mucho las cosas. Pero anteriormente sí ha sido así y las experiencias que me han platicado muchas personas han sido esas. Que el miedo de vivir solas, de enfrentar solas la responsabilidad no sé si con sus hijos (mujer de 41 años, originaria del municipio de San Bartolo Tutotepec, Hgo.)

O sea, si te vas con esa persona, esto y lo otro, y entonces es ahí cuando tú te guardas demasiadas cosas por miedo a que tus papas a lo mejor no te apoyen o porque no solamente yo lo he vivido, lo he vivido con otras personas que me han platicado su experiencia, que es muy difícil. Cuando estás sola tienes hijos y no tener el apoyo de tus padres, por eso muchas personas a mí me han hecho comentarios de tienes, créeme que tienes unos papás increíbles porque a muchas sus papás no les dan el apoyo a sus hijos como a ti te lo dieron cuando dejas a tu pareja. Pero por yo creer que mis papás lo veían así, pues yo me callé 3 años sin decir nada (Mujer de 41 años, originaria del municipio de San Bartolo Tutotepec, Hgo.)

Las mujeres también indican que resisten al definir límites a los otros, al ser “egoístas” y volverse más frontales, siendo totalmente honestas y directas con las personas de sus círculos cercanos, en cuanto a qué pueden y qué quieren hacer y asumir. algunas de las mujeres identifican la separación de sus esposos o parejas como resistencias, ya que a pesar de los problemas económicos que esto les traería, pues en muchos casos los hombres son los proveedores económicos de los hogares, las mujeres tienen la valentía de seguir adelante solas para dar cierre a las situaciones de dominación, agresión o machismo que viven, (Giacconi,2021).

Capítulo VII

Discusión y conclusiones

Como se ha revisado en la literatura, nuestra cultura ha sido construida sobre complejas redes de poder, como el patriarcado, que se instalan en todos los niveles de relación y condición social.

El primer objetivo específico de esta tesis explora de qué manera la depresión está vinculada con las construcciones sociales en torno a la feminidad en las participantes de acuerdo con su punto de vista, lo cual se encuentra que la depresión es un malestar que se experimenta de formas muy diversas, que están condicionadas por el género, la clase social y su etnia, que producen que las desigualdades sean más marcadas, y han sido utilizadas para el ejercicio de la dominación aún más marcado hacia las mujeres rurales.

Otro objetivo específico planteado en este trabajo fue observar las condiciones y experiencias específicas de vida de acuerdo con el punto de vista de las mujeres con depresión, lo cual es relevante contemplar que las mujeres se encuentran en espacios que son alcanzadas por los modelos hegemónicos de género, como el de feminidad, configurando un panorama de desigualdades o determinadas experiencias y expresiones emocionales de las mujeres, marcando de esta forma cómo y qué debían sentir esos sujetos feminizados, lo cual parece asociarse con generar sufrimiento y que remarcan al surgimiento de los malestares asociados con la depresión.

Dado que en la depresión hay un referente de “historias de violencias y desigualdades encarnadas en las mujeres”, la propuesta sería identificar cuáles son las condiciones materiales y sociales que generan malestares asociadas con la depresión, para así enfrentar los sistemas que destruyen la vida de las personas y las “desigualdades que matan”. La tarea es crear juntos otra forma de vivir, no encarnando los malestares.

Como se ha revisado en la literatura, las mujeres rurales que reciben un “diagnóstico” de depresión, pueden ser “tratadas” desde terapias o medicamentos, que resulta insuficiente sino existe una escucha e identificación de los factores psicosociales que desencadenan los síntomas de la depresión.

No podemos entender lo sociocultural como algo fijo y estático, sino que se trata de un entramado de redes, actrices/actores e instituciones, que van cambiando su forma y también los vectores que los relacionan. Es decir, lo sociocultural es algo dinámico, y es tanto símbolo e ideas, como materialidad y sensaciones.

Por lo tanto, para poder entender cómo los factores psicosociales como el género y la clase social se vinculan con malestares asociados con la depresión en mujeres, fue necesario identificar y describirlo, así como las estrategias de resistencia de las mujeres rurales en malestares asociación con la depresión, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 4.

Ejes de análisis de factores psicosociales y resistencias de las mujeres.

Eje de análisis	Dimensión
Factores Psicosociales	Género
	Clase social
	Consumo de sustancias adictivas en las parejas
	Experiencias de violencia
Resistencias	Malestar social
	Postura de cuidado y afectos

	Autonomía económica
	Soledad/desolación
	Redes de apoyo

Así mismo, partiendo de la teoría del punto de vista feminista, desde la cual cuestiona las suposiciones fundamentales del método científico, sus corolarios de objetividad y neutralidad, así como sus implicaciones, destacando las experiencias de las mujeres, contemplando su clase social y el contexto en el que viven para poder repensar los malestares que asociamos con la depresión en las mujeres.

La ambivalencia del malestar y la insistencia del síntoma pueden ser resignificadas como campos de subjetivación, en lugar de tratarlos sólo como sentires devastadores en las lógicas injustas de exclusión, inclusión y expulsión (Exposto, 2024).

La teoría crítica respecto de la “Salud Mental”, señala los diagnósticos universales y los protocolos inapelables de la psiquiatría médica; el asimilacionismo identitario y la neutralización institucional de la potencia rebelde de algunas organizaciones tradicionales de pacientes; los mecanismos disciplinantes de patologización, culpa individual, peligrosidad y estigmatización que nutren tanto a la industria farmacéutica como también a las prácticas manicomiales dentro y fuera del asilo; la narrativa normativa y autocomplaciente de una parte considerable de las líneas profesionales en el sistema oficial de la Salud Mental.

La ambivalencia de los malestares y la insistencia del síntoma pueden ser resignificadas como campos de subjetivación, en lo que tratarlos sólo como sentires devastadores en las lógicas injustas de exclusión, inclusión y expulsión, no permite en virtud de componer

“alianzas de cuidado” mediante las cuales las personas se sientan “menos solas” y “responsables moralmente de su enfermedad”, porque es a partir de estas compañías que “podrían eventualmente levantarse” y salir de los malestares asociados con la depresión.

Vinculado con lo anterior, se encuentra en esta investigación que las mujeres asocian la depresión con el estado de ánimo de sentirse tristes y cansancio, sin embargo, para lo cual no buscan de primera instancia atención, sino que es algo consideran será pasajero, que, al dormir, al realizar sus actividades se desaparecerá la tristeza. Es importante resaltar que en sus relatos existen diferentes momentos de sus vidas en la que “la tristeza” es más notoria o se hace más presente pero no les impide continuar con su día a día, viéndola como algo “natural” incluso pueden recordar a sus abuelas o madres llorar o no querer levantarse de sus camas, haciendo la tristeza parte de las vivencias de las mujeres. Este trabajo de las mujeres rurales, se asocia con la imposición de su contexto de roles tradicionales del “deber ser mujer, madre y esposa” enseñado por generaciones de mujeres que pareciera incuestionable y que obliga a las mujeres rurales a permanecer en actividades de reproducción tales como el cuidado de hijos e hijas, así como de alimentación, de la manera en que lo veían en sus abuelas o madres hacerlo (Lagarde, 2015).

Es relevante contemplar, que el propósito de este trabajo se centró en identificar cuál es la relación que existe entre malestares asociados con la depresión, la construcción social de la feminidad, las condiciones y experiencias específicas de vida de mujeres de la región Otomí-Tepéhua, por lo cual menciona Zapata (2019) que las mujeres se encuentran en espacios que son alcanzadas por los modelos hegemónicos de género, como el de feminidad, configurando un panorama de desigualdades o determinadas experiencias y expresiones emocionales de las mujeres, marcando de esta forma cómo y qué debían sentir esos sujetos

feminizados, lo cual parece asociarse con generar sufrimiento y que ayudan al surgimiento de los malestares asociados con la depresión.

A partir de lo anterior, las mujeres continúan su día a día aun sintiendo estos malestares, pero se considera primordial que si las mujeres llegan a espacios de atención de un servicio público o privado cuenten con una escucha de las/los especialistas de la salud que les permita comprender y entender el contexto donde se desarrolla el malestar, hablando de la dominación/subordinación de género y clase en las que están inmersas que les permita visualizar otro camino hacia decisiones propias.

En este sentido Zapata (2019) apuesta a fortalecer las estrategias de resistencias desde las redes de apoyo, como una fuente importante de ayuda para que las mujeres encuentren la iniciativa para transformar las condiciones que resultan opresivas o adversas (Agencia), y encuentren espacios para hablar sus malestares. Pensándolas como formas dispuestas a romper con los mandatos de género y la subordinación femenina: sujetas dóciles, con deseos y corporalidades controlables.

Así mismo, partiendo de la teoría crítica, desde la cual cuestiona las suposiciones fundamentales del método científico, sus corolarios de objetividad y neutralidad, así como sus implicaciones, destacando las experiencias de las mujeres y contemplando su clase social y el contexto en el que viven para describir que es la depresión para ellas.

La propuesta sería identificar cuáles son las condiciones materiales y sociales que generan malestares asociadas con la depresión, para así enfrentar los sistemas que destruyen la vida de las personas y las “desigualdades que matan”, la tarea es crear juntos otra forma de vivir, no encarnando los malestares. Por lo anterior, este trabajo propone resignificar las

historias de las mujeres rurales, tomando en cuenta su contexto y construcciones sociales, sin acotar los malestares únicamente a una etiología unilateral o predeterminada por un diagnóstico o etiqueta.

VII. Referencias

1. Álvarez-Mon, M. A., Vidal, C., Llaverro-Valero, M., & Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5041-5051.
2. Alvarado, S. Z. J. (2012). Naturalmente inigualable. Una invitación a la Sierra Otomí-Tepehua. Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo (UICEH), 40-41.
3. Arenas, Carmen M. y Puigcerver, Araceli. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
4. Arenales Cáceres, D., & Gómez Mejía, (2021). L. F. Psicología, ruralidad y salud mental en Colombia: una revisión de alcance.
5. Agoff, C., & Herrera, C. (2015). Amargos desengaños. *Seis lecturas sobre violencia de pareja en México*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y El Colegio de México (COLMEX).
6. Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=m6Wdcfn80DwC&oi=fnd&pg=PA1&dq=dsm+5+&ots=P9KhS4wWB1&sig=N4P-82PcTKqXxp6g4VrnVnKIhsA>
7. Arteaga, C., Galaz, C., & Guarderas, P. (2021). Prácticas de resistencia en pandemia. Miradas interseccionales. *Polis. Revista Latinoamericana*, (60).
8. Arteaga, C., Galaz, C., & Abarca, M. (2019). Resistencias y desigualdades de género: nuevas comprensiones en los discursos académicos. *Persona y Sociedad*, 33(1), 11-32.
9. Ballester-Martínez, V. (2021). Mujeres en resistencia: estrategias subversivas en la cárcel de Santa Martha Acatitla, Ciudad de México.
10. Berenzon, S., Lara, Ma. A., Robles, R., & Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. 55: 74-80.
11. Blazquez, G.N., Flores, P.F. & Ríos, E. M. (2010). Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencia y Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México.
http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf

12. Bolados G., P., & Sánchez C., A. (2017). Una ecología política feminista en construcción: El caso de las "Mujeres de zonas de sacrificio en resistencia", Región de Valparaíso, Chile. *Psicoperspectivas*, 16(2), 33-42.
13. Borrell, C., Rohlf, I., Artazcoz, L., & Muntaner, C. (2004). Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres: ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. *Gaceta Sanitaria*, 18, 75-82.
14. Butler, J. (2014). Repensar la vulnerabilidad y la resistencia. En XV Simposio Internacional de la Asociación Internacional de Filósofas: Filosofía, Conocimiento y Prácticas feministas, Conferencia Inaugural, Alcalá de Henares (pp. 24-27).
15. Cabruja-Ubach, T. (2013). Avances y retos actuales de la investigación interdisciplinaria sobre des (psico) patologización: tan lejos, tan cerca. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 15(1), 7-20.
16. Cabruja, U.T., Gómez, F. P.S., & Roselló, P. M. (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 19(2). <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2249>
17. Chapela, I.B. & Salgado de Snyder, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versión de 20 y 10 reactivos, en mujeres de zona rural mexicana. *Salud Mental*, 32: 299-307.
18. Castro, R. & Bronfman, P.M. (1993). Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. *Cad. Saíde Públ.*, 9(3): 375-394.
19. Castro, R. (2011). Teoría social y salud. *Salud Colectiva*, 197-207. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-619555>
20. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (2015). Medición de pobreza. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>
21. Cruz A., C., Ochoa Gómez y Moreno Carmona, N. D. (2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(1), 113-135.
22. Dorronsoro, B. (2013). El territorio cuerpo-tierra como espacio-tempo de resistencias y luchas en las mujeres indígenas y originarias. *IV Coloquio Internacional de Doctorandos/as do CES*, 6-7.
23. Exposto, E. (2024). Teoría crítica de la "salud mental": hacia una política de los sintomáticos. *Crítica y Resistencias: Revista de conflictos sociales latinoamericanos*, (18), 128-148.
24. Ferreira, G.H. (2021). Gender Differences in Mental Health and Beliefs about Covid-19 among Elderly Internet Users. *Paideia*, 31. e3110. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-4327e3110>
25. García Dauder, D. (2019). La teoría crítica feminista como correctivo epistémico en psicología. *Atlánticas–Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1).

26. García-Domínguez, A., García-Peña, C., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Juárez-Cedillo, Narváez-Macías, L. y Sánchez-García, S. (2014). Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos. *Entreciencias* 2 (4), 137-150.
27. Gaviria A., S. L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38 (2), 316-324. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008#:~:text=Seg%C3%BAAn%20Breslau%20\(20\)%2C%20la,la%20mayor%C3%ADa%20de%20los%20casos](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008#:~:text=Seg%C3%BAAn%20Breslau%20(20)%2C%20la,la%20mayor%C3%ADa%20de%20los%20casos).
28. García-Vega, E. (2011). Acerca del género y la salud Papeles del Psicólogo, 32 (3) septiembre-diciembre, 2011, 282-288.
29. Giaconi Moris, C. A. (2021). Mujeres, Cuidado y Resistencias. Prácticas de resistencias de mujeres que cuidan a personas con discapacidad severa.
30. Goikoetxea, I. G. (2019). Resistir desde la vulnerabilidad: Narrativas de mujeres subsaharianas sobre su tránsito hacia Europa. *Papeles de Identidad*, 205-205.
31. Gómez-Durán, Forero., E.L., & Martín-Fumadó,C. (2020). Psychological impact of quarantine on healthcare workers. *Epub*. 77(10), 666-674. doi: 10.1136/oemed-2020-106587. Epub 2020 Jun 10.
32. González-Forteza, C. Hermsillo de la Torre, A.E., Peralta, R., Vacío-Muro, M.A. & Wanger, F.A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol. Med. Hosp. Infant Mex.*, 72(2), 149-155.
33. González-González, A., Toledo-Fernández, A., Romo-Parra, H., Reyes-Zamorano, E., & Betancourt-Ocampo, Diana (2020). Psychological impact of sociodemographic factors and medical conditions in older adults during the COVID-19 pandemic in Mexico. 42 (6). doi: 10.17711/SM.0185-3325.2020.040.
34. Grippaldi, E. (2021). Etiologías legas en culturas terapéuticas. Narrativas biográficas del comienzo de la depresión en usuarios de servicios de salud mental. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, (23), 240-217.
35. Harding, S. (2012). ¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista.
36. Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (2014). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. Séptima ed. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
37. Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 37 (2), 327-34. <https://www.scielosp.org/pdf/rpmpesp/2020.v37n2/327-334/es>
38. INEGI, 2014-2017. Tabulador Integrantes del hogar de 7 años y más por entidad federativa según sexo y sentimientos de depresión, 2014, 2015 y 2017. Recuperado en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_04&bd=Salud
39. Instituto Nacional de la Salud Mental, (2016). Depresión. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/index.shtml>

40. Kalsoom, Q. (2021). Covid-19: experiences of teaching-mothers in Pakistan. *Journal of Gender Studies*. <https://doi.org/10.1080/09589236.2021.1923464>
41. Lara-Caba, E. Z., Aranda T., C., Zapata B., R. M., Bretones C., C. & Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8.
42. Lagarde R. M. (2015). El feminismo en mi vida: hitos, claves y utopías.
43. Maffía, D. (2007). Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 12(28), 63-98.
44. Maisonave, CA (2019). Mujeres migrantes y refugiadas en la Frontera Sur: resistencias de género y violencias encarnadas. *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 128-140.
45. Mares, B. O. T., & Mares, J. T. (2019). Revisión de la etiología de la depresión. https://C:/Users/MARIA/Downloads/usr_7498864069168.pdf
46. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V). (10 abril del 2021). <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,%20C%20dificultad%20para%20concentrarse>.
47. Montesó, Curto, M.P, (2008). Salud Mental y Género: Causas y Consecuencias de la Depresión en las Mujeres. (Tesis doctoral). Universidad Nacional De Educación A Distancia. Facultad De Ciencias Políticas Y Sociología.
48. Montesó- Curto, P., Ferré-Grau, C., LLeixà- Fortuño, M., Albacar, R. N. & Espuny-Vidal (2011). Anuario Hojas de Warmi, 16. <https://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/156831>
49. Murguía, A., Ordorika, T., & Lendo, L. F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23, 635-651.
50. Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5), 542-547.
51. Núñez Puente, S., Fernández Romero, D., & Farné, A. (2018). Comunicación, violencia de género y prácticas de resistencia: narrativas innovadoras para un cambio social.
52. Organización Mundial de la Salud, (2017). Recuperado en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
53. OMS, 2020 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
54. Ochoa G, C., Cruz A., A. F. & Moreno-Carmona, N. D. (2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6 (1), 113-135.

55. Ordorika S., T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 647-674.
56. Pérez, O. C., Silvestre, H. E., & Lara, G. A. G. (2018). Oposición y resistencia. Vivencias de mujeres indígenas universitarias/Oppression and resistance. Experiences of indigenous university women. *RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 7(14), 25-40.
57. Penagos C., V. E. (2016). Mujeres en resistencia. <https://repository.iom.int/handle/20.500.11788/1287>
58. Picco, J., González, E. M. A. N. U. E. L., Wolff, S., Gómez, V., & Wolff, D. (2020). Aspectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la población de la ciudad de Mendoza. *Revista argentina de cardiología*, 88(3), 207-210.
59. Pineda, E., & Moncada, A. (2018). Violencias y resistencias de las mujeres racializadas en los contextos extractivistas mineros de América Latina. *Revista Observatorio Latinoamericano y Caribeño (OLAC)*, (2), 2-16.
60. Ponce-Torres, C. Viteri-Condori, L., Ramos-Martínez, P. Nieto-Gutiérrez, W., & Cueva-Velzaco, J. (2020). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en adultos mayores del centro de salud “Micaela Bastidas” Lima-Perú. *Rev. Fac. Med. Hum. URP*, 20(2), 233-239. DOI 10.25176/RFMH.v20i2.2881
61. Radcliffe, S. A. (2014). El género y la etnicidad como barreras para el desarrollo: Mujeres indígenas, acceso a recursos en Ecuador en perspectiva latinoamericana. *Eutopía: Revista de Desarrollo Económico Territorial*, (5), 11-34.
62. Sampieri, H. R., Collado, F.C. & Lucio, B. P. (2014) Metodología de la Investigación. 6a Ed. McGraw Hill Education.
63. Santillanes, A.N.I. (2021). Relaciones entre violencia y depresión en mujeres migrantes a través de las experiencias en los servicios de atención. 17:e3054. doi: 10.18294/sc.2021.3054
64. Scott, J. C. (2004). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Ediciones Era.
65. Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M. & Raich-Escursel, R. M. (2015). Gender bias in medicine: concept and state of the art. *Revista iberoamericana de psicosomática*, 113. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>
66. Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós.
67. Trápaga, D. G. R., Díaz-Carrión, I. A., & Hernández, S. C. (2019). Empoderamiento de la mujer rural e indígena en México a través de grupos productivos y microempresas sociales. *Retos*, 9(17), 91-108.
68. Ubaldo, E. T., & Trujillo, S. D. B. (2021). Transformación de la nueva ruralidad, una mirada a través de las mujeres nayaritas. *Entramado Social Y Estructuras Del Mercado Laboral Nayarita*, 27. <https://www.researchgate.net/publication/355420793>

69. Valls, C. (2020). Las mujeres invisibles para la medicina. *Madrid, España: Capitán Swing*.
70. Zapata, H. M. (2019). La depresión y su recuperación. Una etnografía feminista y corporal. <http://hdl.handle.net/10810/32923>