



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Consecuencias del confinamiento por la pandemia COVID-19 en la salud
mental de las mujeres residentes en la Alcaldía Gustavo A. Madero. Un
enfoque desde el trabajo social

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA
MAYAHUEL LEÓN ORTIZ

DIRECTORA DE TESIS
DRA. ALEJANDRA MONROY LÓPEZ

Ciudad Universitaria, CDMX, 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM con el proyecto PAPIIT IV 300220 “Estrategias de Intervención sociofamiliar y comunitaria ante el impacto social de la pandemia COVID-19 desde la perspectiva de género en la Ciudad de México”.

*Dedicada a las trabajadoras y trabajadores del país, sin cuya labor no hubiera podido
continuar con mi educación*

Primeramente, quiero agradecer a mi familia: gracias a Susana, mi madre, que con amor, apoyo y tiempo me ha llevado a ser la mejor versión de mí misma, conmigo y con las demás. A Alfonso, mi padre, cuyo ejemplo he seguido y con el que he logrado cimentar cada uno de los principios por los que hoy me rijo. A Xilomen, mi hermana mayor, que cree testarudamente en mí, su fe me hizo querer cumplir cada uno de mis sueños y metas. A Erendira, mi cuata, que desde nuestro nacimiento y hasta ahora ha permanecido a mi lado como consejera, escuchándome y guiándome en mi camino. A Victoria, mi sobrina, que llegó a iluminar mi vida y que nos ha brindado a todas esperanzas en el futuro, me hace mirarme a mí misma y desear ser el mejor ejemplo y una figura que pueda brindarle no sólo amor, sino comprensión y responsabilidad.

A mis fieles compañeros, Lucky, Bruno y Pambaza, que me ampararon durante todas esas noches en vela, en cada éxito y fracaso.

A mis amigas Monze, Jeka y Nadia, quienes estuvieron conmigo desde antes del principio, creyendo en mis sueños y alentándome a perseguirlos.

A esas amistades que cambiaron mi vida, me acompañaron en cada paso de la carrera y fueron parte del proceso de encontrarme a mí misma: Sergio, Mariel, Susana, Karen, Atzín, Azucena, Alba, Johnston, Andy, Itzel, Alem, Liliana, Tany, Aster, Marco y Guadalupe.

Al profesorado que no se limitó en orientar mi enseñanza, sino que también me inspiró y me ayudó a encontrar mi amor y vocación a la investigación: Oscar Yáñez, Gabriela Gutiérrez, Elizabeth Martínez y Adriana Ornelas.

A la Dra. Alejandra Monroy, sin cuyo apoyo, paciencia, guía e instrucción, no hubiera podido completar este trabajo.

A cada una y uno de mis sinodales, que aportaron su conocimiento, tiempo y dedicación para mejorar esta investigación.

Y finalmente, agradezco a la DGAPA, pues fue debido a su apoyo al otorgarme una beca a través del proyecto PAPIIT lo que hizo posible terminar esta tesis.

Índice

Introducción.....	8
Antecedentes	14
Justificación.....	35
Capítulo I Lineamientos metodológicos.....	39
1.1 Propósito general.....	39
1.2 Propósitos específicos.....	39
1.3 Axiomas	39
1.4 Metodología	40
Capítulo II. Marco teórico-referencial: COVID-19 y sus afectaciones en la salud mental de las mujeres.....	51
2.1 La pandemia COVID-19 y su caracterización.....	52
2.2 Perspectiva de género y salud mental.....	56
2.2.1 Salud mental con perspectiva de género	69
2.2.2 Salud mental y su construcción sociocultural.....	70
2.2.3 Estigmas sobre la salud mental	76
2.3 Antropología feminista	79
2.4 Antropología aplicada a la atención de los problemas de salud	87
2.4.1 El padecer y la salud mental	91
Capítulo III. Principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivadas del confinamiento y durante la pandemia de COVID-19	96
3.1 Vivencias de las mujeres durante la pandemia por COVID-19.....	97
3.2 Afectaciones en las redes de apoyo social de las mujeres durante la cuarentena y la pandemia	113
3.3 Experiencia de las mujeres con la enfermedad y consecuencias provocadas por el COVID-19	118

Capítulo IV. La construcción del padecer en mujeres que experimentaron afectaciones en su salud mental durante la pandemia.....	126
4.1 Significado del periodo de cuarentena, confinamiento y pandemia.....	127
4.2 Percepción de las causas, afectaciones, gravedad, duración y temores del problema de salud	132
4.3 Atención, tratamientos y consejos sobre el problema de salud	137
Capítulo V. Estrategias de afrontamiento que las mujeres desarrollaron para atender las afectaciones derivadas de la cuarentena por la pandemia por COVID-19.....	143
Capítulo VI. Redes de apoyo social de las mujeres durante la cuarentena: familiares, amistades, personas vecinas, compañeras e instituciones.....	159
Capítulo VII. Afectaciones en el contexto comunitario de las mujeres	174
7.1 Afectaciones al desarrollo de actividades y lazos sociales en la colonia.....	175
7.2 Pandemia y COVID-19 en la colonia	185
Discusión.....	190
Conclusiones.....	193
Recomendaciones.....	198
Observaciones metodológicas	200
Referencias	202
Anexos	217

Introducción

La pandemia del 2019 que fue causada por la infección del virus SARS-CoV-2 y originada en China, declarada como tal, el 11 de marzo de 2020 por la OMS (OPS, 2020), trajo consigo diversos cambios en la forma en que las personas se relacionaban y en sí, en las relaciones de las personas, provocó un antes y un después debido a las diferentes medidas que los diferentes gobiernos decretaron (ejemplo es la costumbre que se tenía de saludar de beso o abrazo a las personas, que ahora, aunque se sigue haciendo, algunas personas son más precavidas al respecto), relacionadas con evitar el contacto físico entre la gente, que eventualmente derivó en una cuarentena obligatoria donde muchas actividades, laborales, educativas o de recreación, tuvieron que llevarse a cabovía remota; también se recomendó el uso de gel antibacterial y el uso permanente del cubrebocas al salir o en lugares donde hubiera muchas personas; eventualmente, teniendo como resultado una reducción en las interacciones sociales, que se debe resaltar, son de vital importancia para el desarrollo de las humanas y los humanos.

Físicamente, las personas que se le contagiaron, y eventualmente se recuperaron, tuvieron diversas secuelas en su salud, con duración de semanas, meses o años, como lo son fatiga, cansancio, malestar por esfuerzo, dolor en el pecho, problemas para dormir, mareos, entre otros. (CDC, 2023).

Sin embargo, este no es el único ámbito en que las personas sufrieron afectaciones, hay otro aspectos que formar parte de su integridad como humanas, este es su salud mental (que es uno de los ejes principales del trabajo), en este también hubo repercusiones, independientemente de si se habían o no contagiado, una encuesta realizada por El Foro Económico Mundial, realizada en 30 países, 45% de las personas adultas señalaron que su salud mental había empeorado desde el inicio de la pandemia, al menos la mitad reportó una disminución en su salud mental y emocional (Ipsos, 2021). En cuestión con las infancias, en América Latina, la UNICEF registró que a un año de iniciada la pandemia fue la región con el mayor número de niñas y niños perdiendo clases de forma presencial, cerca de 114 estudiantes,

lo que a la larga, afecta su aprendizaje, salud mental e incluso perspectivas socioeconómicas a futuro (UNICEF, 2021).

Hay evidencia que sugiere que, a raíz de la pandemia, hubo un aumento a nivel mundial en los problemas de salud mental, incluyendo la depresión y la ansiedad, este riesgo aumenta en las personas que tenían trastornos mentales preexistentes. (WHO, 2022)

Debido a la urgencia de prestarle más atención a evitar que el virus siguiera contagiándose en la población, estas afectaciones tardaron en ser examinadas a detalle, aunque eventualmente se comenzó a poner atención a este punto y se desarrollaron nuevas investigaciones y estudios. Aunado a que la atención y educación en la salud mental sigue siendo un tema tabú en parte de la sociedad mexicana, se sigue pensando que son cuestiones que pueden solucionarse con el tiempo, enfocándose en otras actividades o realizando algún trabajo, asimismo, que quién acude a terapia o con una persona profesional, tiene problemas fuertes, es decir, que necesariamente necesita medicación.

Aunque todas las personas vieron su vida modificada por la pandemia, en la forma de saludarnos (antes con un abrazo y/o beso, ahora sin contacto físico), cómo las actividades escolares o laborales debieron ser realizadas a distancia o hasta la forma de comprar o pagar servicios, que tuvo que ser mediante envíos; y reaccionaron de forma diferente a ello, lo que llevó a que cada una fuera afectada de diferente forma, algo que también influyó en esto, fueron las características de cada una y uno, su condición socioeconómica, edad, salud, familia, comunidad, género y sexo. Dentro de esta investigación, se realiza un análisis detallado enfocado justamente en estas últimas categorías, es decir, qué consecuencias tuvo la pandemia y la cuarentena por COVID-19 en la salud mental de las mujeres.

De forma general, las personas experimentaron miedo, angustia, tristeza, estrés, enojo, ansiedad e incluso trastornos como la depresión (Renström, 2021) (OMS, 2022) debido a cómo se vio modificada su vida diaria, no poder salir de sus hogares a realizar ninguna actividad, ya fuera recreativa o laboral (esta última sólo en los trabajos que no se consideraron básicos), sólo

para realizar compra de víveres o realizar algún pago o trámite; también por pasar más tiempo con su familia de lo que estaban acostumbradas o por la situación de conocer sobre la tasa de mortalidad (es decir, las muertes producidas en una población, sitio y tiempo determinado) y las secuelas de enfermarse de COVID-19.

Particularmente en las mujeres, estas afectaciones se vieron influenciadas por su sexo, debido, principalmente, por los roles y estereotipos de género que existen en la sociedad y cultura, es decir, que las colocan como responsables del ámbito privado: las labores domésticas, el cuidado de infancias y su educación (debido a que las escuelas se modificaron para realizar la enseñanza vía remota), personas adultas y personas enfermas. Estas actividades les generaron una carga de responsabilidades, porque también se colocaba, en varios casos, el tener que trabajar para obtener los recursos económicos necesarios para su día a día.

Otro de los puntos importantes que se colocaron dentro de la investigación, fue conocer los padecimientos de las mujeres, es decir, la forma en que ellas expresaban vivía y experimentaban las afectaciones por la pandemia y cuarentena, para algunas podía ser un proceso de autoconocimiento o donde reforzaron lazos sociales, mientras para otras fueron momentos llenos de pérdidas y crisis. Cabe resaltar, que se tuvo en cuenta que el padecer es algo que se ve directamente influenciado por los contextos socioculturales donde las mujeres se encuentran, así como lo que les rodea, su familia, amistades, educación, tradiciones, ideas y creencias; por eso la importancia de conocer y reconocer cada uno de sus trasfondos.

En la actualidad, especialmente en las instituciones, la salud mental se ve desde una sola perspectiva, la biológico-lesional, aun cuando se hace mención de que se realiza una atención biopsicosocial, debido a que no se le da importancia a los aspectos sociales y culturales de las personas (Vargas, 2006), se centra específicamente en la enfermedad y no en la persona, se busca obtener un diagnóstico y ofrecer un tratamiento, sin profundizar en la historia de vida de la o el paciente, en si podrá o no, completar el procedimiento. Es por eso la importancia de que las afectaciones en la salud sean vistas con un enfoque multidisciplinar y humanista; es aquí

donde el trabajo social puede, y debe, tener un papel fundamental, ya que es esta disciplina la que coloca a las personas como el eje central de los problemas, se enfoca en conocer todos los contextos que la rodean y entender a profundidad de dónde provienen sus necesidades, de forma que con estos datos pueda realizar una intervención con calidad y calidez.

Procediendo con la estructura de la investigación, primero de destaca que, debido a que esta se realizó en apoyo con el proyecto PAPIIT IV300220, que realiza su intervención en las alcaldías Iztapalapa y Gustavo A. Madero (GAM), se tomó la decisión de que las mujeres que participaran fueran de este último territorio. Para obtener la información, se entrevistaron a seis mujeres residentes de diferentes colonias de la GAM, todas de forma informada y voluntaria, debido a las medidas de sana distancia, estas se realizaron a través de aplicaciones en internet (zoom y whatsapp). Por otro lado, fue un estudio exploratorio, con un diseño no experimental y donde se realizó un análisis interpretativo.

En sí, este trabajo se divide en siete capítulos de análisis, discusión, conclusiones, recomendaciones, observaciones metodológicas, bibliografía y anexos.

El capítulo I, lineamientos metodológicos, se colocan los lineamientos metodológicos que direccionan la investigación, es decir, qué enfoque y estrategia tiene el estudio, así como cuáles son sus características, también incluye información sobre las mujeres que aceptaron, de forma informada y voluntaria participar en las entrevistas a profundidad para compartir sus experiencias durante la pandemia y cuarentena por COVID-19, es decir, se les explicó el objetivo de la investigación y del cómo sería utilizada la información obtenida de las entrevistas que se les realizaron

En el capítulo II, marco teórico referencial, se colocan los lineamientos teóricos mediante los cuales orientan y rigen la investigación: se explica las características de la pandemia por COVID-19 (signos, síntomas, causas), se engloba la salud mental desde una perspectiva de género y su construcción sociocultural y finalmente se habla sobre el enfoque teórico desde la antropología feminista, el cómo se aplica en la atención a la salud y el padecer y la salud mental.

Empezando con las categorías de análisis, el capítulo III se enfoca en conocer las principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, es decir, las vivencias que tuvieron durante estos periodos de tiempo y cómo se vio reflejado, de forma personal, en sus sentimientos y emociones; y a nivel comunitario, en sus redes de apoyo, familia o amistades. También las experiencias por las que atravesaron si alguien de su familia, o ellas mismas, se contagiaron de COVID-19.

Siguiendo con el análisis, el capítulo IV, explica cómo las mujeres construyeron su padecer, cuáles fueron las semejanzas y las diferencias entre cada uno y cómo su entorno influyó en esta forma de colocar sus afectaciones, el significado personal que le dieron, cómo respondieron a esto y las formas y tratamientos con los que atendieron sus problemas de salud.

El capítulo V se enfoca en conocer, explicar y analizar las diferentes estrategias desarrolladas y utilizadas por las mujeres entrevistadas, con el objetivo de atender las afectaciones, en su salud física y mental, que la pandemia y la cuarentena por COVID-19 provocó, también si acudieron con alguien para tratar estas dificultades, y en su caso, con quién fue.

Se continua con el capítulo VI, en donde se ahonda en las redes de apoyo que las mujeres tuvieron durante el transcurso de la cuarentena, siendo estas compuestas, principalmente por familiares y amistades, pero también personas vecinas, compañeras o instituciones; cómo estas ayudaron a afrontar las complicaciones de la pandemia y cuarentena y de qué forma lo hicieron.

Finalmente, el análisis termina con el capítulo VII, en el que se aleja de lo particular para conocer las afectaciones que ocurrieron en los diferentes contextos comunitarios de las mujeres, de qué forma se vieron modificados los lazos sociales y las actividades cotidianas, además de adentrarse en las formas en que sus comunidades enfrentaron la pandemia, qué se hacía cuando alguien se enfermaba y cómo reaccionaban las vecinas y vecinos, incluso si había algún tipo de apoyo entre todas y todos.

Después de los anteriores capítulos, se coloca la discusión y conclusión de la investigación, así como las recomendaciones y observaciones metodológicas, además de la obligada bibliografía y anexos.

Para continuar, se procede con el apartado de antecedentes donde se hace una recopilación de diversos artículos, tanto nacionales como internacionales, enfocados en investigar como la pandemia afectó la salud mental de las mujeres, y si efectivamente hubo una diferencia con respecto a cómo los hombres atravesaron este proceso.

Antecedentes

La cuarentena por COVID-19 empezó, en algunos países, a finales del 2019, y de ahí se fue expandiendo hasta que, el 28 de febrero de 2020 se registra el primer y el segundo caso en México, siendo el inicial un hombre de 35 años que recientemente había estado en Bérgamo, Italia y el otro un hombre de 41 años que había tenido contacto directo con el primer hombre. (Miranda y Morales, 2020).

Los diferentes gobiernos alrededor del mundo, siguiendo las recomendaciones emitidas por la OMS (OMS,2020), tomaron como medida de salud, una cuarentena obligatoria, las escuelas y trabajos tuvieron que desarrollar sus actividades vía remota, había un límite en la cantidad de personas que podían estar dentro de un establecimiento, dependiendo del país podía haber multas económicas si alguien estaba fuera de su casa entre otras. Debido a esto es que los estudios con respecto a sus efectos en las mujeres son relativamente nuevos, aún en estas fechas se sigue analizando la forma en que estas medidas y esta emergencia afectaron a la población.

Para realizar los antecedentes del presente trabajo se revisaron 20 artículos publicados, tanto en inglés como en español, desde octubre de 2020 hasta junio de 2022; enfocados en cómo la pandemia por COVID-19 y la cuarentena afectaron la salud mental de las personas, principalmente las mujeres, publicados entre el año 2020 y 2021, se tomaron en cuenta tanto lo de origen internacional como los nacionales. Para tener en cuenta todos los panoramas posibles, se analizaron estudios tanto cualitativos como cuantitativos. Cabe señalar que la búsqueda de estos artículos e investigaciones se llevó a cabo de manera digital, en los buscadores: Scielo, Google académico, Dialnet, Pubmed y Biblioteca Digital UNAM. Utilizando como términos: trabajo social, salud mental, mujeres, pandemia, cuarentena y COVID-19.

Lo anterior debido a que estos buscadores no tienen problemas de acceso, es decir, los artículos no tienen ningún bloqueo para poder leerse de forma completa.

Se acomodan, empezando por las investigaciones que se realizaron en más de un país. Luego, de las realizadas en solo uno, pero esto en dos diferentes rubros, el primero, de lo internacional a lo nacional, en el orden: Europa, Latinoamérica y finalmente, México, esto con la idea de conocer los contextos alejados y después, acercarnos al nuestro. El segundo, utilizado principalmente por motivos de tener un orden cronológico, será con base en el año en que el trabajo fue publicado (en el caso de los estudios que se realizaron en el mismo año (en caso de ser el mismo en dos o más trabajos, se acomodaran de forma alfabética). El idioma en el que están escritos no será considerado para generar algún rubro.

Este orden solo se modifica en la última investigación que se presenta, debido a que la información que contiene, no concuerda con los demás estudios, por lo que se utiliza como contraparte de los mismos.

Para comenzar, se coloca el artículo de Henssler, J., Stock, F., Van Bohemen, J. et al, llamado *Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation-a systematic review and meta-analysis* del año 2020. Su metodología se basó en hacer una revisión sistemática de literatura sobre los efectos psicológicos en las personas que se encuentran en cuarentena, comparándolo con quienes no. Seleccionaron 25 artículos de 6807 revisados.

Como resultado, observaron que en general, se destacaban factores de estrés, como la duración del periodo de aislamiento, el miedo al contagio, la frustración, el aburrimiento o la falta de información y recursos. Al igual que en el estudio anterior se señala que las medidas tomadas para prevenir el contagio, especialmente la cuarentena, aumentó el estrés en las personas. Específicamente en las mujeres, ellas tenían un mayor riesgo de sufrir depresión, trastorno de estrés postraumático y, de forma general, problemas de salud mental, aunque era menos probable que cayeran en el abuso del alcohol, contrario a los hombres, quienes tienen alta probabilidad de tener un trastorno por consumo de alcohol y, principalmente tenían un alto riesgo de trastornos psicológicos no psicóticos de cualquier tipo. Se coloca como conclusión que las

personas en cuarentena tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, como depresión, ansiedad o trastornos relacionados con estrés.

Un estudio con resultados parecidos, es *The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health* publicado en diciembre de 2020, las autoras: Almeda, M., Shrestha, A., Stojanac, D. y Miller, L., hacen un resumen narrativo sobre diferentes publicaciones hechas hasta el 30 de mayo de 2020, relacionadas con la salud mental de las mujeres y el COVID-19, con el objetivo de saber cuáles han sido las afectaciones sufridas; esto en diferentes bases de datos electrónicos, sin limitaciones de idioma, además, se añadieron estudios donde se incluían mujeres en estado de preconcepción, embarazo, posparto y lactancia.

Como resultado, observaron que, por ejemplo, en China, que fue el país donde comenzó la epidemia, se encontró que “el género femenino se asocia con niveles más altos de estrés, ansiedad, depresión y síntomas de estrés post traumático” (Almeda et al., 2020, p. 2), esto en comparación con la población en general; además los factores de riesgo en las mujeres aumentaron durante la pandemia, siendo algunos de ellos la tensión ambiental y la violencia doméstica. En el artículo se coloca que el crecimiento de estos peligros, también se relaciona con los roles de género y el contexto de las mujeres, sí, por ejemplo, la mujer está embarazada, tuvo un aborto, es madre o tiene empleo,

En estos casos, se encontró que en 1 de cada 7 mujeres que se encuentran en el periodo perinatal, aumenta la ansiedad, la depresión y la angustia. Esto debido, en parte, al miedo y la sensación de perder el control, existe preocupación por ser una población en situación de vulnerabilidad (tanto ellas como el feto), estrés al momento de tomar decisiones, debido al riesgo de contagio (por ejemplo, ir o no a una cita médica). Durante el periodo de posparto se añaden preocupaciones sobre la situación de vulnerabilidad de la o el bebé, el contacto que debe haber, los insumos a conseguir, ayuda externa e incluso cómo mantenerle sin un empleo. En este último aspecto, se destaca la importancia de las redes de apoyo, ya que se señala que estas “protegen contra la depresión posparto”.

Finalmente, también está la situación de la crianza, ya que, debido a la cuarentena, y como una medida tomada por varios gobiernos para evitar que el virus se esparciera, las escuelas cerraron de forma indefinida, y las clases comenzaron a tomarse en línea. Esto generó una carga de trabajos, especialmente en las mujeres, quienes, debido a las culturas machistas y los roles de género que se les asignan, suelen tener la responsabilidad de cuidar de las infancias y las personas adultas mayores. En los estudios revisados al realizar el estudio, se señaló que las personas sentían angustia, agitación, temor o depresión por la limitación en sus recursos económicos y sociales. Cómo se puede observar en esta revisión, no sólo se debe tener en cuenta la situación de enfermarse o no, sino el contexto que rodea a las mujeres, con quienes viven, si están embarazadas, en etapa de postparto, criando o cuidando.

Las afectaciones a la salud mental no sólo fueron durante el proceso de la cuarentena, también tuvo efectos a largo plazo, como lo señala el trabajo de 2020 de Palomino-Oré y Huarcaya-Victoria *Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19*, donde se hizo una revisión de 31 artículos publicados entre diciembre de 2019 y abril de 2020, seleccionando a los que tenían información relacionada con el estrés.

En primera instancia señalan que el distanciamiento social también fue una separación afectiva de las personas infectadas o de quién se sospechara lo estaba y una ausencia de comunicación interpersonal, lo que también hace que las personas se encuentren vulnerables a complicaciones neuropsiquiátricas o que aquellas que tengan, empeoren.

Colocan que, debido a lo anterior, hay poblaciones que tienen más posibilidad de experimentar desórdenes relacionados con el estrés, incluyendo, pero no limitándose, al trastorno de estrés postraumático, destacando que, en la mayoría de los artículos revisados, se resaltaba que quienes tienen un alto riesgo de presentar síntomas de éste, están las mujeres. Para finalizar, escriben la importancia de promover la capacidad de resiliencia en las personas durante la pandemia, pues esta sería una estrategia que disminuiría las consecuencias negativas en la salud mental.

Ahora, específicamente en las mujeres, en comparación con el resto de la población, experimentaron mayor angustia psicológica, además, se examinaron los factores de estrés económicos, profesionales y familiares, que son claves en algunas de las disparidades de género que se presentaron durante la pandemia. Desde el comienzo de ésta las mujeres fueron más propensas a perder sus empleos, además, han experimentado la carga de cuidar de las infancias que no están asistiendo a clases presenciales, a lo que también se aumenta la responsabilidad de trabajos del hogar, por esto, ellas describen que como mecanismos de afrontamiento tienen la desconexión y negación. Ellas experimentan agotamiento y manifestaciones de estrés psicológico. Se concluye que la cuarentena afectó la salud mental de la población de diversas formas, principalmente con la presencia de angustia psicológica, destacando que hay grupos más vulnerables a padecerla, entre ellos, las mujeres.

Así mismo, también se rescata el estudio *Impacto de la pandemia de COVID-19 en cuestiones de género, redes de apoyo social y salud mental: reflexiones y propuestas*, de Chávez Turello, publicado en 2022, en este se rescata la importancia de los soportes sociales para las personas, entre ello, para su salud mental, pues son recursos que se utilizan para establecer y desarrollar relaciones. Este trabajo es una revisión documental analítica-descriptiva.

Entre la información recolectada, relacionada con las mujeres, se hizo en principio una diferencia clara entre sexo (diferencias biológicas) y género (construcción sociocultural). Esto para poder explicar las diferencias entre estos binarios, en el primero, cómo el COVID-19 afectó de forma diferente la salud de las mujeres y los hombres, mientras que, en el segundo aspecto, cómo las medidas implementadas por los gobiernos afectaron diferente socioeconómica y culturalmente. Específicamente en este último rubro se habla de que entre las consecuencias sociales de la pandemia, está el profundizar las desigualdades existentes, en poblaciones en una posición de vulnerabilidad, entrando aquí, las mujeres.

Por otra parte, rescata que se hizo un análisis interseccional, pues es importante reconocer que no todas las personas tienen las mismas características y condiciones, lo que

puede incidir en la forma en que la pandemia y la cuarentena afectaron los diferentes aspectos de su vida.

Entre los resultados está la importancia de que las mujeres cuenten con una red de apoyo que pueda mediar o protegerlas en diferentes situaciones, siendo las redes más importantes, en general, las que se crean con la familia de origen, siguiendo con los grupos de pares. Esto porque las primeras pueden ser un mayor soporte y tener una relevancia mayor, especialmente si las mujeres están enfrentando violencia de género. Finalmente, se habla del apoyo social (hablando de instituciones) y cómo no sólo es cuestión de recibirlo, también la situación en que se reciba, por eso la importancia de reconocer si las mujeres son, por ejemplo, trabajadoras, amas de casa, si está casada, separada o si tiene hijas o hijos. Para poder ofrecerle un servicio de calidad.

Pasando a estudios realizados de forma más específica, es decir, en un solo país, se rescata el trabajo de Fiorenzato, E., Zabberoni, S., Costa, A. y Cona, G. en su estudio *Cognitive and mental health changes and their vulnerability factors related to COVID-19 lockdown in Italy* publicada en 2021, lo corroboran. En primer lugar, este artículo señala que históricamente las cuarentenas han tenido un fuerte impacto en la salud mental de las personas, sin embargo, la pandemia por COVID-19 se presenta como una situación sin precedentes debido a la magnitud a nivel global que tuvo, aunado a las diferentes herramientas tecnológicas de las que se pudo hacer uso para la convivencia entre personas o el uso de servicios.

Específicamente en esta investigación, mediante diversas redes sociales en Italia, se compartió a nivel nacional una encuesta que se respondía de forma anónima, donde se evaluaron las fases finales de la cuarentena impuesta en Italia del 9 de marzo al 18 de mayo de 2021, en total fueron 1215 personas participantes. Las preguntas pedían hacer una comparación entre antes y durante la pandemia en diversos aspectos de su vida, como hábitos diarios, salud mental o habilidades de memoria.

Los resultados revelaron que, aunque la población en general mostró modificaciones en su salud mental, los efectos de la cuarentena pueden ser diferentes dependiendo de los factores

de vulnerabilidad que se presenten en cada persona, siendo uno de los principales el género. En este sentido, las mujeres percibieron de forma pronunciada que su funcionamiento cognitivo empeoró en comparación con los hombres, así como más dificultad al realizar tareas cotidianas, por otra parte, el encierro les provocó un aumento significativo de la ansiedad y síntomas depresivos, esto con base en la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), en donde se responden 14 preguntas, 7 para depresión y 7 para ansiedad y con base en las respuestas se obtiene una puntuación y se coloca en una escala donde menos de 7 indica que no hay caso, 8-10 medio, 11-14 moderado y 15-21 severo; y utilizando el inventario de depresión de Beck, que toma en cuenta cambios en el sueño, apetito, libido e hipocondría.

De hecho, se encontró que la probabilidad de tener trastornos depresivos fue casi dos veces mayor en mujeres, incluso se observó que hubo un mayor cambio de apetito en ellas. Como conclusión colocaron que hubo mayor nivel de quejas cognitivas por parte de las mujeres, lo que podría ser debido a la sobrecarga con la familia, hogar y trabajo, que puede aumentar el estrés y tener una menor autoeficacia.

También Bonati, M., Campi, R., Zanetti, M. et al. En su artículo *Psychological distress among Italians during the 2019 coronavirus disease (COVID-19) quarantine*. Aquí encontraron resultados parecidos en su publicación del 2021. De igual forma, se llevó a cabo con un cuestionario en línea, en una página creada específicamente para este estudio, y compartida mediante diversas redes sociales, fue contestado por 20518 personas de diferentes regiones de Italia.

De forma general, en sus resultados, obtuvieron que las personas que están en cuarentena o aislamiento suelen presentar problemas severos en su salud mental, dependiendo también de los contextos en donde se encuentren, pues ciertos inconvenientes pueden aumentar su agotamiento físico y mental, como su situación económica, los estigmas sociales, la frustración, el aburrimiento, incluso la forma en que las noticias con respecto al tema les son dadas.

Por otra parte, otra de las formas en las que se observó como las medidas obligatorias de distanciamiento y autoaislamiento afectaron la salud mental y el bienestar individual y comunitario fue que en diversos lugares hubo un aumento en la violencia doméstica, la disfunción familiar y la salud general de las personas. De hecho, el estudio obtuvo que las personas encerradas por dos semanas mostraron un aumento en síntomas de ansiedad e ira, es decir, mientras más tiempo estuvieran aisladas, más síntomas de estrés postraumático mostraban.

Esto también se corrobora en el artículo del 2021 de Barili, E., Grembi, V. y Rosso, A. *Women in Distress: Health and the COVID-19 Pandemic*, este también se realizó en Italia, y consistió en analizar los impulsores del bienestar mental en las mujeres durante la primera ola de COVID-19 en Italia, es decir, del 31 de enero al 23 de febrero de 2020. Participaron 4136 mujeres alrededor del país, respondiendo un cuestionario en línea. Como resultados, se encontró que los estereotipos que existen en torno a diversas actividades que las mujeres y los hombres deben hacer, se relacionan con cómo la pandemia afectó la salud mental, lo que se detalla a continuación.

Al inicio se coloca que la pandemia tuvo dos principales emergencias: la económica y la de la salud, en este último aspecto la salud mental fue la parte más ignorada en general. Por otro lado, las afectaciones económicas siempre han afectado más (con respecto a los hombres), a las mujeres, ellas son propensas a perder sus trabajos, lo que tiene como consecuencia una afectación en su salud mental. Es importante hablar de este aspecto porque es una muestra clara de la importancia y la necesidad de una estabilidad en cuestión de recursos para poder hacer frente a las afectaciones que la pandemia y la cuarentena pudieran tener.

Esto se refuerza con los resultados, primero hay que colocar que para poder realizar el análisis de la salud mental se propuso un *índice de angustia mental*, es decir una autoevaluación de que la persona experimentó: depresión, problemas para dormir, ansiedad, pánico y miedo. En los resultados se obtuvo que, en efecto, las mujeres que perdieron sus trabajos debido a la pandemia tendían a experimentar este índice, sin embargo, en cuestiones de las expectativas de

quienes sí tenían empleo, era principalmente el miedo a perder el trabajo lo que desencadenaba los otros síntomas, sentimientos y emociones.

Siguiendo con los problemas que las mujeres pudieron presentar, se señala que en promedio, mientras más estereotipos se tienen, más angustia mental existe en las mujeres, otro factor que afectó la salud mental, fue la incertidumbre sobre el empleo a futuro, aunque, se destacó que los estereotipos de género influyen en el resultado, pues socialmente no se espera que sean las mujeres quienes sean el pilar económico de sus familias, están menos estresadas si no esperaban tener un trabajo, aunque, cuando este rol cambia, y son ellas quienes deben aportar el dinero, el estrés por esta preocupación sí aumenta. Se puede observar que el contexto económico influye de diversas formas en cómo las mujeres vivieron la cuarentena y como esta modificó de diversas formas su salud mental.

Otro trabajo referente a las afectaciones de la pandemia en Europa fue *Salud mental en tiempos de COVID-19: profundizando en los efectos de la pandemia en España*, publicado por Sánchez Álvarez, Quintana Orts y Mérida López en 2021. Uno de los principales objetivos era reconocer los perfiles y características específicas de las poblaciones que se encontraban en riesgo de sufrir cualquier tipo de consecuencia en diferentes ámbitos de su vida debido a la cuarentena. Se aplicó un instrumento a 781 adultos de España, este se agrupaba en dos principales categorías, variables sociodemográficas y dimensiones de la salud mental.

Esta última se estandarizó con 3 instrumentos: escala de afectividad positiva y negativa, donde quienes participan indican su sentir general en el aspecto positivo y negativo (por ejemplo, inspiración y tensión respectivamente) utilizando una escala de 1 (nunca) a 3 (muchas veces); escala de depresión, ansiedad y estrés, donde se evalúan estos tres estados de 0 a 3; y frecuencia de ideación suicida, que evalúa que tanto se tuvieron este tipo de pensamientos el último año, con una escala de 1 (nuca) a 5 (casi todos los días).

Como resultados generales, es decir, en toda la población, se mostró que quienes habían desarrollado hábitos durante la cuarentena, como hacer ejercicio, tenían mayores niveles de

afectividad positiva y menores de depresión, a comparación de quienes no realizaron este tipo de acciones.

En relación con el sexo, encontraron que sí había una modificación en los efectos de la salud mental con base en esta característica, las mujeres fueron quienes salieron menor cantidad de veces de sus casas a comparación de los hombres, también presentaron niveles más elevados de estrés, afectividad negativa, sintomatología depresiva e ideas suicidas. Sánchez, Quintana y Mérida destacan que lo anterior podría sugerir una vulnerabilidad psicológica mayor en las mujeres, quizá, en parte, por ser sensibles emocionalmente y por pasar más tiempo dentro de sus hogares debido a tener que ocuparse de las tareas de quehacer o cuidado.

Otro estudio del mismo país muestra resultado parecidos es *COVID-19 y desigualdad de género en España: consecuencias de la pandemia para las mujeres en empleo y salud mental*, publicado en 2022 por Ruíz-Larrea Lucía. Tuvo como objetivo saber de qué forma la desigualdad de género había aumentado en España como consecuencia de la pandemia y cuarentena en el país. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica de artículos con hasta cinco años de antigüedad.

Los resultados mostraron, en primera instancia, que España posee una enorme brecha de género en cuestiones laborales y de salud mental, y ésta incrementó como consecuencia de la pandemia. Con respecto a esta última cuestión, las mujeres presentaron una prevalencia tener síntomas ansiosos y depresivos, consumir psicofármacos y asistir en mayor medida a tratamientos por problemas psicológicos. Ruíz-Larrea resalta la importancia de haber tenido una perspectiva de género al implementar las diferentes medidas sanitarias. Por otro lado, fueron más las mujeres que perdieron sus empleos debido a la pandemia y a quienes también les costaba más conseguir uno, en comparación a los hombres. Esto último por ser ellas quienes tienen el papel de cuidado en sus familias, trabajo muchas veces no reconocido ni remunerado, pero que requiere un alto porcentaje de su tiempo, lo que impide que puedan salir de sus hogares a conseguir una fuente de ingresos.

Finalmente, la autora habla de cómo estas desigualdades podrían aumentar, como consecuencia de la pandemia y cuarentena por COVID-19, por lo que es importante hacer investigaciones con perspectiva de género que se enfoquen en reconocer las necesidades de las mujeres para poder realizar una intervención acorde, completa y de calidad.

Pasando al otro lado del mundo y más cerca de nuestro contexto nacional, se rescatan estudios realizados en Latinoamérica, el primero que estipula que las afecciones no solamente se pueden ver influidas por los roles y actividades, sino por el entorno familiar general, Quimbiulco Yubi, J. en su trabajo titulado: *Estudio basado en evidencia sobre el impacto psicosocial en la salud mental en poblaciones vulnerables ante la situación de emergencia y el confinamiento por la pandemia del COVID-19 en los meses de marzo a julio de 2020*, el cual tiene como objetivo describir las secuelas psicosociales de esta pandemia en diversos grupos sociales, señala que hay tres características de reacciones y comportamientos psicosociales en situaciones de crisis: los factores estresantes y reacción al estrés, los estilos de afrontamiento y los sistemas de conducta y apoyo social; estos se desarrollan con forme al contexto de cada persona.

Además, destaca que las derivaciones psíquicas del confinamiento responden a una combinación de factores, principalmente de índole personal, por lo que es importante tener una detección pronta de síntomas relacionados con estrés, ansiedad o depresión, en poblaciones de alto riesgo, debido a que la falta de recursos psicoemocionales para gestionar emociones, sentimientos y diversas respuestas emocionales y/o físicas, en algunas personas, especialmente al estrés, puede propiciar a que haya daños en su salud física y mental.

Por otra parte, explica que una de las repercusiones del distanciamiento social es el aumento en denuncias por violencia doméstica, siendo la mayoría de estos casos, no solo contra la mujer, sino contra infancias y adolescencias; por lo que concluye la importancia de tomar en cuenta la salud mental dentro de las medidas para el control de crisis.

Un estudio que se centra en recalcar cómo el COVID-19 afectó de forma a diferente a las mujeres, dependiendo de sus características, en este caso, la edad, es la investigación de 2022

de Espinales Pantoja: *Pandemia del COVID-19 y sus efectos en la salud mental de mujeres adultas, Hospital Monte Sinaí de Guayaqui*, enfocada en las mujeres de la tercera edad y cómo esta pandemia perturbó su salud mental. Para esto se les aplicó un cuestionario de 36 “ítems” (que constó de un cuestionario con variables enfocadas en la salud mental -depresión, ansiedad y estrés- y la pandemia -impacto socioeconómico, violencia y seguridad alimentaria-) a 62 mujeres.

En las conclusiones, la autora destaca que esta población presentó, principalmente, altos niveles de estrés, presentado este como nerviosísimo, intranquilidad, dificultad para calmarse y, en segundo lugar, depresión, incluso señala que mostraron niveles de alegría bajos, de hecho, algunas participantes colocaron que no tuvieron esa sensación o algún sentimiento positivo.

Todo esto se vio influido por diferentes aspectos de su vida, por ejemplo, el económico, hubo mujeres que señalaron que no había una estabilidad económica, por lo que hubo momentos donde tuvieron dificultad para conseguir alimentos. Estudios como este son importantes porque nos señalan la importancia de siempre tener en cuenta el contexto de las personas, y también conocer a fondo la forma en que las medidas colocadas por la pandemia por COVID-19 afectaron de forma diferente a la población, según sus situaciones y características.

Algo que también debemos recalcar es que no todas las mujeres vivieron la pandemia el mismo contexto, es decir, no todas pudieron estar encerradas en su casa y evitando el contacto con otras y otros, no todas pudieron realizar el home office, ya fuera porque sus empresas no realizaron esta modalidad o porque ellas realizaban comercio informal. Esto se puede revisar a fondo en el artículo del 2021 denominado *Mujeres cubanas cuentapropistas ante la COVID-19. La lucha por la vida desde una perspectiva de género*. Aquí, las autoras González Arostegui, M. R. y Rodríguez González, D., hacen un análisis de cómo la desigualdad económica se agravó por la pandemia por COVID-19, para esto utilizan la perspectiva de género en un estudio enfocado en el sector femenino del “trabajo por cuenta propia”. Entrevistaron a 13 mujeres de Villa Clara, Cuba, entre edades de 20 y 56 años mediante un cuestionario online.

En los resultados, más de la mitad consideró tener un trabajo inestable, así mismo se observó que la mayoría era contratada por otra persona, generalmente un hombre, pues ellas no contaban con las facilidades para emprender por cuenta propia, por lo mismo, percibían que sus trabajos eran inseguros y precarios. Además, para muchas se complicaba trabajar, encargarse del cuidado familiar y realizar labores domésticas. Esto demuestra que, sin importar el país, las mujeres tuvieron que lidiar con realizar labores de cuidado aunados a los de conseguir recursos económicos, pues esta es una labor histórica en el mundo, logrando que ellas tuvieran una sobrecarga de responsabilidades que afectaron su salud mental.

Durante las entrevistas, muchas participantes señalaron que pudieron disfrutar de algunas actividades a pesar de aislamiento social, centrándose en los aspectos positivos, demostrando que contaban con ciertos recursos psicológicos, sin embargo, algunas también colocaron que no “funcionaban” en diversos aspectos de su vida, que estaban agobiadas, tensas y debieron modificar su comportamiento para adaptarse a las nuevas situaciones, también sentimientos sobre no poder superar esta o hacer algo positivo para superarla, irritabilidad e incluso tener comportamientos hostiles.

Pasando a nivel nacional, también se corroboran estos resultados, Zamarripa, J., Delgado-Herrada, M., Marquecho-Sánchez, R. et al. En su investigación *Adaptability to social distancing due to COVID-19 and its moderating effect on stress by gender*, publicada en 2020, contó con una participación total de 1173 personas, las cuales debían, como principio, vivir en México. Se utilizó un cuestionario virtual, el cual fue compartido a través de diferentes redes sociales.

Los resultados arrojaron que el número de semanas que las personas pasaran en distanciamiento social estaba relacionado con el estrés, mientras más tiempo estuvieran en encierro, más alto era el estrés, sin embargo, las personas que se adaptan mejor a esto tienen menos posibilidad de sufrirlo. Relacionado con esto, el estudio reafirmó que, debido a la

necesidad de estar en aislamiento, las personas tuvieron que adecuarse y desarrollar habilidades para este nuevo estilo de vida.

En cuanto a las mujeres, encontraron que estas perciben mayor estrés que los hombres, señalando que puede ser porque estos tienen una habilidad de recuperación psicológica, lo que también da a notar que ellas tienen mayor falta de servicios de apoyo psicológico, además, ellas son más vulnerables a experimentar angustia psicológica. Por otro lado, se destaca la posibilidad de que, si durante la pandemia tenían infancias en casa a las que debían cuidar y apoyar en los estudios académicos a nivel primaria y secundaria, podría incrementar sus niveles de estrés, debido a que los roles de género en Latinoamérica colocan que son las mujeres quienes deben hacerse cargo de esto.

Específicamente en este estudio, se destaca la importancia de tener una regulación de emociones y una habilidad para adaptarse, en relación con esto, se expresa que, como resultado de la extensión del distanciamiento social, las personas redescubrieron su independencia y adaptarse a nuevas prácticas y formas de vida, desarrollando incluso destrezas que les ayudaran a lograr esto. pues esta influye directamente en los niveles de estrés que se experimentan en el distanciamiento social.

Otro estudio que tiene resultados muy similares a los anteriores es el de Morales Chainé, López Montoya et al en el 2020 llamado *Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19*, este, al igual que el anterior, también fue realizado en México y tenía como objetivo de conocer el riesgo a desarrollar afectaciones en la salud mental derivado de la pandemia por COVID-19. En este estudio participaron 8348 personas las cuales respondieron un cuestionario en línea con cuatro secciones enfocadas en saber cómo había sido su experiencia y cómo esta crisis perturbó diferentes aspectos de su vida.

Al principio se coloca que derivado de la amenaza y el riesgo de contagiarse de COVID-19, se tuvieron que desarrollar diferentes estrategias para cuidar la salud mental de las personas, pues por las medidas implementadas y los diversos sentimientos y emociones experimentadas

por la población, ya no se trataban sólo de afectaciones físicas. Por otra parte, también se habla de que existe una conducta de evitación, entendiendo a esta al como las personas sortean pensar, sentir o hablar con respecto a la enfermedad, incluso llega un punto donde evitan cualquier tipo de información al respecto, incluso la oficial, pues todo esto es causa de estrés para ellas y ellos.

En relación en las mujeres, el estudio obtuvo que presentaban niveles más agudos de estrés, distanciamiento, enojo, ansiedad, ansiedad por sus salud física y tristeza, esto específicamente en cualquier situación donde ellas percibieran que no tenían capacidad para enfrentar eventos traumáticos (en comparación con los hombres). Como se puede ver, estos hallazgos coinciden con los encontrados en las investigaciones anteriores, señalando que son las mujeres quienes tienden a tener mayores repercusiones en su salud mental que los hombres, especialmente en cuestión del estrés.

Por otro lado, y como se comentó anteriormente, su salud mental, concebida como:

La capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo, el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitivas, afectivas y racionales) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales. (Epp, 1988)

Se puede ver afectada por los roles y tareas que debe realizar en su hogar, en el estudio *Desafíos de la Mujeres: trabajos, cuidados, uso de tiempo y salud emocional* realizado por Peña Estrada, C., Cruz Sánchez I. y Juvera Avalos J., publicado en 2020 y cuyo principal objetivo era “analizar las principales actividades que las mujeres realizan durante la cuarentena del COVID-19, asociadas al trabajo, cuidado de los demás, uso de tiempo y salud emocional” (Estrada, Cruz y Juvera, 2020, p.1), se tuvo como principio dar un análisis teniendo en cuenta la situación de desigualdad y violencia en la que las mujeres se encuentran con respecto a los hombres, no sólo durante la pandemia, sino en la sociedad en general, pues se destaca que debido a la crisis que

se vivió, además de su rol tradicional de cuidado de la familia y tareas domésticas como lavar, limpiar y barrer, se le sumaron apoyo en las clases de las infancias y estar pendiente de las mismas en los casos de educación básica y, en algunos casos, el trabajo a distancia (si es que así lo permitieron sus empleos).

Poco menos de la mitad de las mujeres encuestadas indicó que percibían que trabajaban más que antes de la cuarentena. Todo esto puede tener como resultado que los principales estados que presenten sean tensiones, cansancio, pesadez y ligero dolor. Otro elemento es que las encuestadas reflexionaron con respecto al trabajo doméstico, percibiendo, ahora, que las mujeres que se dedican a él son necesarias y que esta labor no es reconocida en general, además de que no es remunerado.

También se deben colocar las consecuencias que tuvo, en muchas mujeres, la enseñanza a distancia, pues es una realidad que muchas tuvieron que vivir durante el confinamiento. El trabajo *Salud mental, género y enseñanza remota durante el confinamiento por el COVID-19 en México*, de Saldívar-Garduño y Ramírez-Gómez, publicado en 2020, habla de esto. Su investigación consta de una revisión bibliográfica de diferentes instrumentos realizados por diversas organizaciones e instituciones gubernamentales.

Como resultados, se tiene que, específicamente en México, fue complicado adaptarse a las clases en línea, hacerlas parte de la rutina, pues era algo para lo que la sociedad no estaba preparada de ninguna forma. Al principio se presentó angustia e incertidumbre por el hecho de que los hogares no contaban con las condiciones para realizar estas actividades (espacio, tiempo, iluminación o material). Además, se tuvieron que desarrollar habilidades para resolver conflictos y mediar, pues las familias no estaban acostumbradas a pasar tanto tiempo juntas.

Por otro lado, se comprobó que las mujeres, son quienes, en general, tienen que quedarse en sus casas para realizar trabajos de cuidado, educación y limpieza, en comparación con los hombres, que tienden a ser quienes pueden salir de forma constante de estos espacios; aunque, señalan que, lentamente, ellos se comienzan a involucrar en estas actividades. Debido

a lo anterior, se destaca la importancia de trabajos que hablen de esta desigualdad, para poder hacer algo al respecto y evitar que se siga agrandando, esta brecha.

Otro estudio relacionado con el ámbito escolar es *COVID-19 y género: efectos diferenciales de la pandemia en universitarios*, publicado en 2021 por Infante Castañeda, C., Peláez Bellestas, I. y Giraldo Rodríguez, L. La investigación consistió en un cuestionario online que respondieron 12,158 personas pertenecientes al estudiantado, profesorado, personal administrativo y ex alumnado de la Universidad Nacional Autónoma de México, esto debido a que las medidas de cuarentena y confinamiento impuestas por el gobierno del país, las clases presenciales se suspendieron y en su lugar estas debieron realizarse a distancia. Cabe enfatizar que desde un principio el trabajo habla de que hay una diferencia en cómo la pandemia afectó a mujeres y hombres, tanto de forma física, es decir, biomédica, como en los efectos psicosociales.

Aunado a las medidas que se tomaron para evitar contagios, también está la cultura, que tiende a colocar a las mujeres y a los hombres en ciertos roles, por ejemplo, la investigación señala que una de las situaciones donde las mujeres corren más peligro de contagiarse que los hombres es debido a su trabajo en el sector salud, siendo estas labores colocadas en ellas porque el cuidado siempre se ha visto como algo “femenino”, por otro lado, otra forma en que les impacta la pandemia es debido a la pérdida de empleos informales, estudios, trabajo en casa, labores del hogar, cuidado de infancias o personas enfermas en su familia.

En cuanto a los resultados, se obtuvo que, a nivel familiar, las mujeres de menos de 30 años que estudiaban licenciatura y eran solteras eran las que mayores efectos negativos sufrían, tanto en lo económico como en la convivencia; a nivel individual, en general las mujeres vieron más afectos en actividades recreativas y del hogar, estudios, ingresos económicos y en su salud su mental por las medidas de “quedarse en casa” que los hombres, ellos fueron afectados en mayor medida en sus actividades deportivas. Cabe resaltar que, en caso del personal académico, fueron los hombres quienes mostraron mayores efectos negativos.

Como observaciones finales, señalan una serie de características que, de tenerse, influyen en que las mujeres puedan ser más propensas a verse afectadas por la pandemia: tener entre 20 y 29 años, sin pareja, escolaridad máxima de preparatoria o que se encuentren estudiando la licenciatura. En los hombres estas características son: tener menos de 20 años o más de 30, estar casados o unidos, contar con un posgrado o pertenecer al personal académico.

También en el ámbito académico, se revisó el trabajo de Cruz-Caballero, Robles-Francia y Robles-Ramos del 2021, *Diferencias de género en la sensibilidad emocional por covid-19 en estudiantes universitarios*. La investigación transversal y descriptiva que se aplicó a 257 estudiantes, principalmente de la Ciudad de México, donde contestaron un instrumento en línea con respecto a la sensibilidad al horror (este sentimiento es traducción de la amenaza en la salud emocional que atravesaron por de la incertidumbre de las muertes y personas enfermas, alta cantidad de contagios, largo aislamiento y la poca efectividad de los tratamientos) por covid-19, este constaba en cinco dimensiones: bienestar socioemocional, angustia/ansiedad, autoagresión, evitación interna y evitación externa. En total 257 estudiantes, principalmente de la Ciudad de México, respondieron el instrumento.

En su instrucción escriben que las emociones tienen una fisiología y se presentan en todo proceso psicológico de tres maneras: cognitiva, fisiológica y conductual. Cada emoción tiene una respuesta conforme al entorno, de forma que las personas orienten su conducta para lograr un propósito. La emoción del horror puede llevar a las personas a tener desequilibrios emocionales que pueden reflejarse en autolesiones, adicciones, trastornos de la alimentación, entre otros. Todo esto puede ser potenciado por el aislamiento, que fue una de las principales medidas colocadas durante la cuarentena.

Como principales resultados encontraron que, aunque existía un nivel de horror bajo (con base la escala utilizada en el instrumento que era de 1 a 5), con respecto a las autolesiones, las mujeres señalaban tener una afectación más amplia en cuanto a la angustia y la evitación externa

e interna, analizando que puede ser porque son más propensas a tener emociones como terror o culpa, esto en cotejo con los hombres.

Otro artículo que habla de cómo en algunos lugares la cuarentena reforzó los roles de género es *División sexual del trabajo y confinamiento en jóvenes de preparatoria. Un estudio de caso de Aguascalientes, México*, realizado por Chávez-Llamas y Ospina-Escobar en 2021. La investigación se realizó en una preparatoria del municipio de Jesús María, Aguascalientes, participaron 7 personas, 4 mujeres y 3 hombres, todas y todos provenientes de hogares con ingresos máximos de tres salarios mínimos al mes.

Desde el principio el estudio nos señala que la pandemia de COVID-19 afectó de forma diferente a las personas según sus recursos económicos y de tiempo, si un hogar presenta una crisis económica, más personas dentro de ella entrarán al ámbito laboral, sin embargo, esto dependerá también de la edad que tengan y de si son mujeres u hombres, siendo generalmente estos últimos quienes salen al ámbito público a trabajar mientras ellas se quedan en el hogar realizando diversas tareas domésticas.

En los resultados se obtuvo que el confinamiento sí generó que se marcara una diferencia profunda en la forma en que los hogares organizaban y realizaban sus tareas cotidianas, a las mujeres se les obligó a quedarse en el espacio privado y realizar quehaceres, ayudar a sus hermanas o hermanos con sus tareas o hacer las compras para la casa, en algunos casos, esta presión y estrés se vio reflejado de forma física, con cansancio o problemas en el sueño.

Este tipo de investigaciones ayudan a entender cómo los roles y los mandatos de género influyeron en la forma en que la cuarentena afectó de forma diferente a mujeres y a hombres, como ellas tenían más responsabilidades en sus hogares y esta presión afectó su salud mental.

Contrario a los anteriores estudios, se encontró un trabajo comparativo que muestra resultados muy diferentes a los revisados al principio, es *COVID-19 Pandemic: Effect of lockdown on mental health and self-esteem between genders*, realizado en 2020 en India por Ali, A., Ahsan, M. y Ali, I. En este estudio participaron 440 personas (282 mujeres y 176 hombres), con edades

entre 20 y 48 años, quienes contestaron un formato online. Los principales resultados mostraron que, en efecto, la pandemia afectó la salud mental de forma diferente dependiendo del sexo. Se encontró que los hombres de este país padecieron, en mayor medida, ansiedad, depresión y control del comportamiento. Así como también efectos positivos.

En el caso de las mujeres, mostraron una salud mental sana, que se reflejó en que presentaron una mayor autoestima. Es interesante rescatar este artículo, pues nos muestra que los resultados sobre que la salud mental de las mujeres es la que se ve más afectada, en comparación a los hombres, no son universales, de forma que afirman la necesidad de tener en cuenta el contexto sociocultural en el que ellas se encuentran, de forma que podamos encontrar que los hace diferentes.

Como se puede ver, aunque con alguna excepción, prácticamente en todos los artículos consultados, la forma en que la cuarentena ha afectado a las mujeres es diferente a otras poblaciones (sin contar otras interseccionalidades que son parte de ellas, a saber: etnia, estatus económico, edad u orientación sexual), esto debido, en un principio, a los roles y estereotipos de género, que les colocan las principales responsabilidades del hogar, (incluida el cuidado de personas enfermas) sin recibir apoyo de otras personas familiares, lo que les causa estrés, ansiedad, miedo, agotamiento, angustia, depresión e incluso, un aumento en la violencia doméstica contra ellas.

Aunado a lo anterior, se encuentra la falta de educación y prevención que existe en la sociedad con respecto a la salud mental, aún hay prejuicios y estigmas sobre el tema, sobre las personas que necesitan o acuden a terapia o a buscar cualquier tipo de ayuda en este ámbito de sus vidas, especialmente cuando son mujeres que están a cargo del cuidado en sus hogares, se juzga a las que desarrollen algún problema emocional o se “quejen” por las tareas que deben realizar en sus casas, pues se les socializa para que den todo por su familia, sin preocuparse por ellas mismas, deben poner las necesidades de todas y todos antes que las de ellas. Es necesario

que este pensamiento se modifique, y que se entienda que es importante, y hasta vital, tener cuidado en la salud mental, especialmente en situaciones de crisis.

La importancia de esta información para la presente investigación es poder colocar un antecedente sobre cómo la salud de las mujeres se ha visto modificada o alterada debido a la pandemia y cuarentena por COVID-19, específicamente debido a las normas implementadas durante estos periodos de tiempo, que implicaban quedarse en casa para estudiar o trabajar. Lo que por consiguiente provocó que ellas tuvieran un aumento en las responsabilidades, que a su vez les provocó diferentes emociones y sentimientos.

Que sea reconocible que las consecuencias a la salud mental de las mujeres no fueron hechos aislados o que dependieran de un solo contexto. Con las investigaciones se puede apreciar que, aunque influye en gran parte, las características de las mujeres, como cuestión socioeconómica, edad, trabajo o familia. De forma general, los factores de sexo y género influyen en la salud mental de todas ellas, por lo mismo, ahondar en esto con una perspectiva de género es primordial para poder entender y posteriormente realizar alguna intervención.

Justificación

A raíz de la pandemia mundial por el coronavirus SARS-CoV-2, llamado generalmente, COVID-19, se tuvo que realizar una cuarentena en diversos países, con el objetivo de evitar que los casos de contagio aumentaran, pues, hasta finales de febrero de 2021, había 2,534,921 de personas muertas y 114,302,776 casos de contagio (Johns Hopkins University, 2021). Además, quienes superaron la enfermedad, han presentado diversas derivaciones en la salud, como afectación muscular, secuelas neurológicas, fibrosis pulmonares, secuelas cutáneas, entre otras. (Ruiz, 2020).

Las medidas que se tomaron, fue quedarse en sus casas, saliendo solo para hacer compras de primera necesidad (comida, despensa, ropa o medicamentos) incluso, y al hacer esto, debían siempre mantener la una distancia de 1.5 metros con otras personas, usar cubrebocas todo el tiempo, utilizar gel antibacterial y tomarse la temperatura al entrar a cualquier establecimiento; en los trabajos donde se tenía la posibilidad, la modalidad se cambió a realizarse desde los hogares, así mismo, también el sistema educativo se acopló a esta circunstancia, utilizando plataformas para realizar video llamadas entre el profesorado y alumnado, y en los casos de educación básica, se comenzaron a transmitir las clases en televisión abierta.

Derivado de esto, a principios de 2020, la Escuela Nacional de Trabajo Social presentó al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), el proyecto “Estrategias de intervención sociofamiliar y comunitaria ante el impacto social de la pandemia COVID-19 desde la perspectiva de género en la Ciudad de México”, es mediante la participación en el equipo que lo compone, que se presenta este protocolo de investigación.

De las cosas que se comienzan a saber a medida que pasa el tiempo, son las consecuencias que tuvo, y tiene aún, la pandemia y la cuarentena en las personas, estas van desde el ámbito económico, educativo, laboral, las relaciones sociales o la salud mental; todas importantes, sin embargo, en esta investigación nos enfocaremos en la última. La salud mental es un área en la que aún no se tiene el cuidado y la importancia necesarios, aún existe

discriminación y diversos pensamientos negativos con respecto a, por ejemplo, asistir con una persona psicóloga o psiquiatra a tratarse.

La decisión de colocar una cuarentena de forma general como medida precautoria, no tomó en cuenta diferentes factores de riesgo a los que grupos en una situación de vulnerabilidad quedaron expuestos, quizá porque no se sabía que se verían afectados de una forma diferente, es por esto la necesidad de investigaciones que se enfoquen en estudiar y analizar estas consecuencias, ya que la información obtenida, puede ser usada para plantear nuevos proyectos, políticas públicas y medias, tanto de prevención como de tratamiento, diversificando las formas de intervenir con la población y no tratándola como un grupo homogéneo.

Por otro lado, como se ha vislumbrado en la mayoría de estudios revisados (Henssler, J., Stock, F., Van Bohemen, J. et al, 2020; Almeda, M., Shrestha, A., Stojanac, D. y Miller, L., 2020; Palomino-Oré y Huarcaya-Victoria, 2020; Fiorenzato, E., Zabberoni, S., Costa, A. y Cona, G., 2021; Bonati, M., Campi, R., Zanetti, M. et al, 2021; Barili, E., Grembi, V. y Rosso, 2021; Sánchez Álvarez, Quintana Orts y Mérida López, 2021; Ruíz-Larrea L., 2022; Zamarripa, J., Delgado-Herrada, M., Marquecho-Sánchez, R. et al, 2020; Morales Chainé, López Montoya et al, 2020; Saldívar-Garduño y Ramírez-Gómez, 2020; Chávez-Llamas y Ospina-Escobar, 2021), las consecuencias de este aislamiento, son diferentes entre mujeres y hombres, viviendo ellas más violencia e incluso mayor carga de trabajo en el hogar, debido a que socialmente, los mandatos de género imponen ciertos roles y estereotipos dependiendo del sexo que es asignado al nacer, en el caso de las mujeres, aunque depende de la región, país y cultura, por lo general se espera que se hagan cargo de los quehaceres domésticos, limpieza, cuidado, atención de las infancias o personas adultas, compra de víveres, entre otros. Por consiguiente, esto suele provocar que sean ellas quienes presentan mayores responsabilidades, lo que como consecuencia termina afectando en su salud mental, pueden sufrir de estrés, miedo, ansiedad, depresión, angustia, agotamiento y otros trastornos.

Debido a la educación deficiente con el cuidado de la salud mental, muy diferente a cómo se nos bombardea constantemente para atender la salud física, comiendo bien, haciendo ejercicio, durmiendo las horas adecuadas y otros tantos cuidados, las personas no suelen saber la gravedad de sus problemas, no buscan tampoco ayuda de alguna o algún profesional, por lo que es complicado que puedan trabajar de forma adecuada estas situaciones, incluso pueden tener nulo conocimiento de que algo les pasa, normalizando por completo esos estados de ánimo o emociones, los cuales, debido a factores externos (como la pandemia y cuarentena) se pueden volver más agudos. Es importante saber y reconocer que afectaciones son y de dónde provienen, para saber cómo poder contrarrestarlas en situaciones de riesgo, como lo es una pandemia.

No obstante, es interesante que, aunque algunas lo hacen de forma inconsciente, pueden tener ciertas estrategias de afrontamiento a estos problemas, incluso algunas que pueden considerarse “simples” pueden ser de gran ayuda para contrarrestar estas experiencias, cosas que van desde platicar con alguna persona de confianza, escribir, hacer alguna actividad que les guste o hasta solo tener unos momentos de soledad para ellas mismas. Conocer estas estrategias ayuda a que, con las modificaciones pertinentes, puedan ser reproducidas en otros ambientes y contextos, no solo de forma individual, sino colectiva, pudiendo incluso utilizarlas para crear redes de apoyo o nuevos lazos sociales entre la comunidad.

Aunque puede considerarse que los temas sobre salud mental se deben dejar totalmente a personas profesionales de la psicología o psiquiatría, y por supuesto que no se le resta importancia a sus labor o conocimiento, también puede entrar el trabajo social, pudiendo, como se menciona anteriormente, realizar acciones de prevención, o, como se mencionó anteriormente, de reconectar comunidades que pueden estar pasando por la misma situación. Además, si se tiene la capacitación adecuada en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental puede intervenir en el ámbito clínico con la utilización del modelo de orientación y/o psicoeducación, Sin embargo, no hay tanto trabajo al respecto en esta área, es por eso la importancia de realizar más investigaciones y trabajos enfocados en ella. Esta investigación

quiere saber: de qué forma la cuarentena ha afectado la salud mental de las mujeres, cuál es el perfil de esta población y qué estrategias de afrontamiento han desarrollado.

También se busca brindar herramientas a la población objetivo, para que puedan formar lazos que les ayuden a enfrentar las diversas consecuencias que trae consigo la cuarentena, se pretende colaborar para que se modifique como es visualizado el trabajo social en el ámbito de la salud, reconociendo los aportes que puede brindar con respecto a la intervención de las personas. Incluso como la información obtenida desde la perspectiva de esta disciplina puede apoyar en la realización de estrategias que tomen en cuenta la diversidad de la población en casos de crisis.

Capítulo I Lineamientos metodológicos

En este capítulo se colocan y explican cuáles fueron los lineamientos metodológicos mediante los que se llevó a cabo la investigación, de forma que ésta tenga un orden y un sentido. Aquí se coloca el propósito general, los propósitos específicos, los axiomas, la metodología, técnicas, instrumentos de la fase documental y la fase de campo. También se describe a las mujeres que participaron en el estudio, así como las consideraciones éticas que se tuvieron durante todo el estudio.

1.1 Propósito general

- Analizar las principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivadas de la pandemia por COVID-19.

1.2 Propósitos específicos

- Conocer las formas en que la cuarentena derivada de la pandemia por COVID-19 ha afectado la salud mental de las mujeres.
- Indagar cuáles son las estrategias de afrontamiento que las mujeres tienen para atender las afectaciones derivadas de la pandemia por COVID-19.

1.3 Axiomas

1. La pandemia por COVID-19 ha afectado de diversas formas a la población a nivel internacional, con pérdidas de trabajo, modificaciones en las relaciones sociales, muertes y afectaciones a la salud física y mental. Además, esto se ve disminuido o aumentado por las diferentes categorías sociales que se le coloquen a cada persona, es decir, si es negra, pertenece a la diversidad sexual, estatus socioeconómico, clase social, condiciones de vida, entorno o si es mujer. En este último caso, ellas se han quedado con más responsabilidades, pues a los quehaceres domésticos (limpieza, comida, pago de cuentas, apoyo en tareas colegiales), se les ha aumentado estar pendiente de acompañar a sus hijas o hijos con las clases escolares en línea, cuidar a las personas enfermas y realizar sus trabajos a distancia (o de forma presencial),

entre otras actividades. Esto, a la larga les causó una sobrecarga física, mental y emocional, que las coloca en una situación de riesgo, pues, a largo plazo, su salud mental estará comprometida e incluso, al cuidar de las personas enfermas, existe un alto riesgo de contagio.

2. Las mujeres se han relegado a sí mismas, estando al pendiente de las necesidades de las demás personas, lo que les ha dejado afectaciones tanto emocionales como físicas, siendo las principales: estrés por la carga de trabajo que tiene en los hogares, ansiedad, alteraciones en su alimentación, angustia, agotamiento, depresión e incluso síntomas de trastorno de estrés post traumático, tensión, cansancio y pesadez. Se ven colocadas en situaciones de vulnerabilidad, donde su salud mental se ve comprometida, y esto a su vez, puede comprometer su estado físico, haciendo que ellas sean más vulnerables, en comparación a la población general, no solo a contagiarse de COVID-19, sino cualquier otra enfermedad, pues las defensas de su cuerpo bajan, además, sus relaciones sociales se ven afectadas por el encierro e incluso su desempeño laboral y/o escolar puede verse reducido.

3. Debido a la pandemia por COVID-19, las mujeres tuvieron que desarrollar estrategias de afrontamiento, como son: crear lazos con personas de confianza, con las que pueden comentar sus síntomas o problemas, de forma que tienen menos presión emocional sobre sí mismas, incluso ayuda a analizar qué es lo que está pasando, otra herramienta es intentar tener un tiempo para sí mismas, haciendo alguna actividad que les agrade o las tranquilice, de forma que tengan, no solo un tiempo de descanso de las responsabilidades, sino un momento para conocerse y quitarse estrés; relegar tareas del hogar también es una estrategia viable, pues reparte responsabilidades entre quienes viven en la casa y puede lograr que existan mejores relaciones entre ellas y ellos.

1.4 Metodología

Por otra parte, la investigación es exploratoria, con el fin de entender mejor el fenómeno, destacando cómo se está desarrollando la salud mental de las mujeres en confinamiento; y descriptiva, debido a que no se pretende manipular ninguna categoría de análisis, solo narrarlas.

También tiene un diseño no experimental, porque la investigadora no controla ni manipula las situaciones, personas o fenómenos a indagar, se limita a observar e interpretar conforme al contexto natural.

Se realizó un análisis interpretativo, el cual implica las siguientes fases: obtener información, capturar, transcribir y ordenar información, codificar información e integrar la información (Álvarez.Gayou, 2003; Miles y Huberman, 1994; Rubin y Rubin, 1995).

En la parte de obtener información, se realizaron las seis entrevistas, mediante redes sociales, como zoom o WhatsApp, a las mujeres que decidieron participar, esto con base en una guía de entrevista previamente realizada; para capturar la información proporcionada, se guardaron las videollamadas y los audios de cada una; esta información fue posteriormente transcrita y ordenada para la tercera fase, escribiendo en Word, frase por frase, lo escuchado, una vez terminado cada audio, se procedió a acomodar la información con base en las preguntas y subtemas de la guía de entrevista (para esto no se hizo uso de ningún programa o aplicación, fue hecho manualmente por la investigadora).

Finalmente, en la última fase se hizo un análisis de la información obtenida, esto con base en cada una de las categorías a las que pertenecía, las teorías en las que se basa la investigación y los contextos en que se desarrolló el trabajo.

Fue una categorización deductiva con base en los acercamientos teóricos del tema de investigación, siendo las siguientes: principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivadas de la pandemia de COVID-19; construcción del padecimiento de las mujeres durante la pandemia; estrategias de afrontamiento que las mujeres desarrollaron para entender las afectaciones derivadas por la pandemia COVID-19; redes de apoyo social de las mujeres durante la cuarentena, familiares, amistades, personas vecinas, compañeras, grupos de apoyo e instituciones y, la última; afectaciones Enel contexto comunitario de las mujeres.

Además, la investigación es transversal debido a que se seleccionó a la población en un momento determinado del tiempo, siendo este el inicio de la cuarentena en México, 23 de marzo

de 2019 y marzo de 2021. Por otro lado, se utiliza el enfoque cualitativo, que será vital para poder conocer cómo las mujeres explican tanto su entorno como la concepción que tienen de ellas mismas, especialmente en la categoría de su salud mental, por lo mismo, consta con la participación de seis mujeres que radican en la Alcaldía Gustavo A. Madero, de la Ciudad de México, las cuales se describen a continuación:

1. *Nidia*¹:

Mujer de 23 años, pasante de trabajo social, soltera, sin descendencia y no profesa una religión específica. Su familia es comerciante, tienen una papelería, donde ella apoya, que parte de la pandemia y cuarentena se mantuvo cerrada, al momento de realizar la entrevista ya se encontraba en funcionamiento nuevamente.

Durante la pandemia falleció su padre, un tío, y ambos abuelos, todos por complicaciones por COVID-19; su mamá y otro tío también se contagiaron, sin embargo, se recuperaron y no tuvieron ninguna secuela.

Su familia es de tipo nuclear monoparental con hijos², específicamente, cohabita únicamente con su madre, no obstante, convive y suele encontrarse la mayor parte de tiempo en casa de su abuela materna, donde también convive con primas, primos, tías y tíos. Destaca que sus principales apoyos emocionales son su mamá, una tía y unas amigas y que durante la pandemia y cuarentena buscó apoyo profesional en tanatología, terapia psicológica y constelaciones familiares, debido a los duelos que pasó por la pérdida de diversas personas de su familia que enfermaron de COVID-19.

¹ Los nombres usados para señalar a cada participante son ficticios con el objetivo de mantener la confidencialidad de las mujeres que aceptaron participar en la investigación.

² Los tipos de familia se realizaron con base en los estipulados en: Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2018). *Las familias y su protección jurídica*. [Tríptico]. CNDH

2. *Camila:*

Mujer de 30 años, estudiante, soltera, sin descendencia y no señaló profesar ninguna religión. Antes de empezar la pandemia estaba en búsqueda de trabajo, pero con la crisis de salud no pudo encontrar algo estable, por lo que se mantuvo en su hogar y decidió inscribirse al posgrado, lo que resultó en que la mayor parte de la cuarentena asistió a clases en línea.

Nadie de su familia enfermó de COVID-19, aunque, sí su novio y su familia, por lo que durante gran parte de la cuarentena no pudieron verse.

Su familia es de tipo nuclear monoparental con hijos, cohabita con su madre, dos hermanos menores y varias mascotas (perros, gato y pollos). Su principal red de apoyo es su mamá y su novio. Antes de la pandemia asistía a terapia psicológica, debido a complicaciones emocionales (depresión funcional) pero por motivos económicos dejó de asistir antes de que iniciase la pandemia.

3. *Alexa:*

Mujer de 27 años, explicó que trabaja por su cuenta como diseñadora gráfica, soltera, sin descendencia y atea. Parte de la cuarentena no tuvo empleos debido al cierre de los locales de impresión donde acudía, cuando las medidas se redujeron y los negocios volvieron a retomar actividades, ella comenzó a retomar pedidos de imprenta.

Su familia es de tipo nuclear monoparental con hijos, cohabita con su papá, un hermano y tres perros, si bien, durante la cuarentena su hermano se encontraba fuera del país. Ninguno de ellos enfermó de COVID-19, pese a eso, su madre, que vive en la casa de su abuela, sí, de igual forma que unas primas que también habitan ahí, así como la familia de su novio. Su red de apoyo se compone de su novio y una prima más joven que ella.

4. *Elisa:*

Mujer de 78 años, no trabaja, viuda, con un hijo y una hija (fallecida) se dedica exclusivamente al trabajo doméstico y profesa la religión católica.

Familia de tipo nuclear monoparental con hijos, cohabita con su hijo y una perrita. Previo a la cuarentena visitaba a sus hermanas constantemente, las cuales residen en otra colonia de la misma Alcaldía. Su principal red de apoyo es su hijo y la iglesia a la que acude constantemente, anteriormente también su hija.

Antes de la pandemia su esposo falleció, durante la pandemia su hija, ambos por causas ajenas al COVID-19.

Por parte de su iglesia se realizaron varias sesiones con una tanatóloga a las que ella asistió para trabajar sus pérdidas.

5. *Nancy:*

Mujer de 25 años, soltera, sin descendencia, empleada y profesora la religión católica. Fue durante la pandemia que encontró trabajo, si bien, no mencionó en qué consistía este.

Familia de tipo nuclear biparental con hijos, cohabita con su papá, su mamá y un hermano. Ellas fueron las principales personas en su red de apoyo, aunado a algunas amistades.

Tanto ella como un hermano mayor, que ya no vive en su casa, se contagiaron de COVID-19, aun así, tuvieron una pronta recuperación y las secuelas no pasaron a mayores.

6. *Leonor:*

Mujer de 24 años, soltera, sin descendencia y no profesora ninguna religión. Previo y durante la pandemia trabajó como asistente de gerencia, en su negocio no hubo trabajo a distancia, por lo que acudía presencialmente todos los días, de lunes a sábado. Durante parte de la cuarentena fue el principal sustento económico de su familia. Su familia es de tipo extensa, cohabita con su mamá, su papá, un hermano, su abuelita, tía, tío y dos primos.

Durante la pandemia todas las personas en su casa enfermaron de COVID-19, incluida ella, pero cada una presentó distintos síntomas, así como niveles diferentes de gravedad, nadie falleció.

Su principal red de apoyo fueron amistades. Cabe destacar que ella acudía a terapia desde antes de la pandemia, con todo, por cuestiones económicas tuvo que dejar de asistir a

mediados de la pandemia y estas sesiones fueron un pilar para poder hacer frente a los efectos de la cuarentena en su salud mental.

Colocado lo anterior, hay que señalar que en el trabajo se maneja el principio de saturación teórica, que de acuerdo con Monje (2011, p.54): “La saturación teórica se alcanza cuando la información recopilada no aporta nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis” (Monje, 2011, p.54)

Por otra parte, la investigación se realizó en dos principales fases, la documental y la de campo, las cuales se explican a continuación:

1. Documental:

- a. Búsqueda y revisión de diversos artículos e investigaciones enfocadas en cómo la pandemia por COVID-19 y la cuarentena afectaron la salud mental de las mujeres, realizadas durante los años 2020 y 2021.
- b. Realización del marco teórico-conceptual
- c. Diseño de la guía de entrevista
- d. Búsqueda e invitación a diferentes mujeres residentes en la Alcaldía Gustavo A. Madero que quisieran participar en la investigación.

2. Campo virtual:

- a. Realización de las 6 entrevistas con profundidad en las mujeres que aceptaron participar; debido a las medidas de salud y a la cuarentena, todas fueron realizadas de manera virtual y a través de las aplicaciones de Zoom y WhatsApp.
- b. Transcripción de las entrevistas y formación de diferentes categorías de análisis de lo compartido por las participantes.
- c. Redacción del trabajo de tesis con los resultados encontrados durante la investigación.

Como tal, las técnicas utilizadas durante la investigación fue la entrevista a profundidad y los instrumentos la guía de entrevista y el diario de campo.

Para finalizar, hay que colocar que la investigación tiene un enfoque con perspectiva de género feminista, ya que se analizará el contexto y resultados, con base a las diferentes construcciones sociales que existen sobre el sexo, mujer y hombre (Chávez, 2004), reflejado esto en cómo cada una y uno vivió la cuarentena y sus consecuencias de forma diferente, pues las desigualdades se han construido sistemáticamente, por ejemplo, cada una y uno tiene diferentes roles y estereotipos que deben cumplir de acuerdo a la sociedad (Oliva y Golen, 2020). Aunado a esto, se tendrá una mirada desde la emergencia social comunitaria, pues estas provocan que incrementen los niveles de vulnerabilidad en las familias y comunidades, pero se destacando la salud mental comunitaria.

Criterios de inclusión

Las mujeres que participen deben radicar en la Alcaldía Gustavo A. Madero, donde se está realizando la intervención con el proyecto PAPIIT IV300220; ser mujeres cis género, debido a que las mujeres trans pueden sufrir otros tipos de afectaciones a su salud mental derivados de la violencia que sufren por su identidad/expresión de género; tener tiempo disponible para poder participar en las entrevistas con profundidad, responder a los instrumentos y previamente deben haber aceptado participar en el proyecto al otorgar su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Por otro lado, no se seleccionará a mujeres que estén previamente en algún tratamiento psiquiátrico, es decir, que estén medicadas de alguna forma, pues esto puede interferir en los resultados de la investigación, además de que no necesariamente se deriva del confinamiento y mujeres que, durante el transcurso de la investigación, retiren su permiso para utilizar su información y datos.

Consideraciones éticas

Como su nombre lo indica, en este apartado, se colocarán los principios utilizados durante la investigación para mantener siempre el bienestar de las personas que aceptaron participar en el trabajo; para ello se tomaron en cuenta los principios bioéticos en investigación con seres humanos, obtenidos de la Comisión Nacional de Bioética y Siurana Aparisi, los cuales se colocan a continuación:

- **Autonomía:** Este principio coloca que las personas que participan en investigaciones de índoles biomédica o social son capaces de llevar a cabo un proceso de toma de decisiones de manera libre y voluntaria si desea participar o no. (CONBIOETICA, 2018)
- **Beneficencia:** En este rubro se coloca que las acciones que se realicen en las intervenciones/investigaciones sociales, deben tener como objetivo primordial, hacer el bien a las personas que participan. (Siurana, 2010) También, “exige asegurar la pertinencia científica, la competencia de los investigadores y la protección de los participantes en las investigaciones.” (CONBIOETICA, 2018, p.10)
- **No-maleficencia:** Este principio implica que la persona que realice la investigación tiene la obligación de no infringir ningún tipo de daño de forma intencional, además, coloca que daño es cuando una persona lesiona los intereses de otra. (Siurana, 2010)
- **Justicia:** Implica que la investigación que se realice debe responder a las necesidades de una población específica, también que debe haber una distribución equitativa entre cargas y beneficios para quienes participen. (CONBIOETICA, 2018)

Debido a que se está abordando un tema relacionado directamente con la salud de las personas, se toman en cuenta la *Guía de sometimiento para protocolo de investigación en seres*

humanos realizada por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (2015), específicamente lo señalado en el módulo IV. Información del protocolo. Aquí se destaca, los puntos que las cartas de consentimiento informado deben tener, “debe ir por escrito y se le proporcionará a la persona que participe en la investigación o su representante legal, en idioma español e indicando fecha del documento, y deberá contener como mínimo” (CCINSHAE, 2016, p. 7):

- Justificación y objetivos de la investigación
- Procedimientos que se utilizaran y su propósito
- Molestias y beneficios
- Garantía de recibir respuesta ante cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- Libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en la investigación.
- Seguridad de que la persona no será identificada y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada a su privacidad.
- Compromiso de proporcionarle información actualizada durante la investigación, aunque esta pudiera afectar la voluntad de la persona para continuar participando.

A nivel internacional existen guías y protocolos que marcan la normatividad en cuanto al trabajo con personas. En este caso, se utilizó la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial (1964), debido a ser una de las más conocidas en la medicina y la cual se sigue aplicando actualmente, incluso puede ser considerada uno de los documentos más importantes con respecto a los principios éticos que deben tenerse al realizar investigaciones con personas. Para este trabajo se rescatan los puntos que pueden aplicarse a situaciones sociales, no solamente médicas:

- Deber de promover y velar por la salud, bienestar y derechos de las personas.
 - Sujetarse a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todas las personas y proteger su salud y derechos individuales.
 - El objetivo de generar nuevos conocimientos nunca debe tener la primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
 - Considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación con personas en el propio país, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes.
 - Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
 - La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación debe ser voluntaria.
 - Cada potencial participante debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales de la persona investigadora, beneficios calculados, incomodidades derivadas de la investigación y cualquier otro aspecto pertinente del trabajo. La persona debe también ser informada del derecho de participar o no en la investigación y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.
- Después de asegurarse que la persona ha comprendido totalmente la información, se debe pedir, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario, de no poderse de esa forma, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.
- Las personas investigadoras, autoras, directoras y editoras tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su

investigación. Tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información.

Por otro lado, se debe recalcar que a todas las mujeres que participaron se les realizó el proceso de consentimiento informado y se entregó la carta del mismo, en ella se informa del objetivo de la investigación, en lo que consiste su participación, cómo se utilizaría la información que compartan, entre otros aspectos éticos. Cabe señalar todas las mujeres decidieron participar de forma voluntaria.

Una vez colocados los lineamientos metodológicos utilizados durante el transcurso de la investigación, se procede a colocar el marco teórico-conceptual bajo el cual se direcciona la investigación.

Por último, cabe recalcar que el proyecto se trabajará acorde a los principios éticos de la Declaración Global de los Principios Éticos del Trabajo Social de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW, 2018), que se relacionaban con el tema, las actividades y las personas, siendo estos:

- Reconocimiento de la Dignidad Inherente de las personas.
- Promoción de los Derechos Humanos.
- Promoción de la justicia social.
- Rechazando la discriminación y respetando la diversidad.
- Promoción de la autodeterminación.
- Promoción de la participación.
- Respeto por la confidencialidad y privacidad de las personas,
- Tratar a las personas como un todo.
- Uso ético de las tecnologías y redes sociales.
- Integridad profesional.

Capítulo II. Marco teórico-referencial: COVID-19 y sus afectaciones en la salud mental de las mujeres

Este capítulo es una parte vital para cada proceso de investigación, pues es donde se colocan las bases que dirigen la investigación social, lo que incluye el análisis interpretativo de los resultados de la fase de campo del estudio.

Toda investigación requiere, forzosamente, un sustento teórico, este no es una cuestión de elegir una teoría como base y limitarse a describir qué es lo que coloca una o varias personas autoras sobre la misma, es algo más complejo, se trata de construir teoría, teorizar, requiere la formulación de esquemas lógicos, sistemáticos y explicativos de las perspectivas teóricas y lo conceptos clave, con el fin de conocer y analizar el espacio de estudio. De hecho, se puede considerar que el marco teórico ocupa el segundo lugar en la importancia de los aspectos que conforman este tipo de trabajos, es incluso obligatorio tenerlo en todo protocolo de investigación.

Como se acaba de mencionar, para poder ejecutar una investigación se requiere de una fundamentación teórica que se utilice como base para orientar y concebir el problema que se va a colocar. Antes se tenía la idea de que el marco teórico era sólo necesario para las investigaciones cualitativas, ya que por sus características se pueden desarrollar contenidos y teoría, sin embargo, ahora se sabe y se reconoce que, de hecho, todas las investigaciones, tanto cualitativas como cuantitativas, pueden, y deben, desarrollar marcos teóricos.

Por otra parte, es necesario colocar la definición de los conceptos principales que se utilizarán a lo largo de la investigación debido a que con estos se muestra cuál es la visión que se está adoptando o desde qué mirada teórica se están definiendo los principales términos que se utilizarán a lo largo del trabajo.

Es por lo anterior que es importante colocar este capítulo, para que se dé evidencia de que bases teóricas y conceptuales se retoman para poder tener un entendimiento profundo y completo del tema de estudio.

2.1 La pandemia COVID-19 y su caracterización

En este subtema se coloca lo relacionado con la pandemia COVID-19, es decir, la definición de este virus, los signos y síntomas, los factores de riesgo, tratamiento, datos nacionales e internacionales con respecto a su prevalencia y las consecuencias sociales que ha tenido durante estos años.

Para comenzar hay que explicar que el virus que provoca la enfermedad infecciosa por COVID-19 tiene como nombre SARS-CoV-2 y es parte de la familia de los coronavirus, que son virus que causan diferentes enfermedades respiratorias, éstas pueden ir desde un resfriado común, hasta la muerte (OMS, 2022).

Los principales síntomas que provoca este virus son: tos, dolor de cabeza y fiebre, se puede presentar uno o los tres y pueden o no ser acompañados por dolor en músculos y articulaciones, dolor de garganta, escalofríos, escurrimiento nasal y pérdida del olfato y/o gusto, ojos rojos o irritados, diarrea y en los casos más graves hay dificultad para respirar, dolor en el pecho, pérdida del habla, movilidad o confusión (Gobierno de México, s/f). Los síntomas tardan aproximadamente de 5 a 6 días en remitir desde el momento en que una persona contrae el virus, pero puede incluso tardar hasta 14 días (OMS, 2022).

El virus se transmite principalmente al inhalar aire que contenga saliva de una persona contagiada, lo que sucede al estornudar, toser o hablar y está en contacto con la mucosa de los ojos, la nariz o boca, por lo que el estar cerca de alguien que tenga el virus, es en sí un riesgo, especialmente porque hay personas que son asintomáticas, por lo que no muestran ningún síntoma de enfermedad.

Lo peligroso de este virus, es que es de alto contagio y tiene un alto índice de mortalidad en ciertas poblaciones, como las personas adultas mayores o quienes tuviera otras enfermedades, como diabetes, cáncer, tabaquismo, enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares o renales. (Ministerio de Ciencias e innovación y Ministerio de Sanidad, 2020). El tratamiento para el COVID-19 depende de que tan grave esté la o el paciente, así como su edad; cuando es de leve a moderado y tenga un riesgo alto de complicaciones, se le receta medicamento antiviral. Por otra parte, también está la prevención, es decir, vacunarse (CDC, 2023).

Una vez colocada la descripción y explicación de en qué consiste la enfermedad causada por COVID-19, se procede a explicar cómo se desarrolló la pandemia alrededor del mundo. Los primeros casos registrados de COVID-19 se presentaron oficialmente en diciembre de 2019, en Whan, China; donde las personas se presentaron en hospitales con síntomas de neumonía, pero se desconocían las causas de su origen.

Fue el 11 de marzo de 2020 que debido a la forma en que este virus se propagó y que contrario a las primeras ideas, no pudo ser controlado a nivel local, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó una pandemia; a diferencia de una epidemia, que es cuando el virus o la enfermedad se descontrolan en un área geográfica concreta, la pandemia involucra que el brote está afectando a más de un continente, es decir, es mundial (Pulido, 2020).

Debido a lo anterior, los diferentes países del mundo tomaron diversas medidas sanitarias para evitar que los contagios aumentaran, en México una cuarentena se decretó el 23 de marzo del 2020, en este periodo de tiempo el Gobierno del país decretó ciertas medidas para evitar que el virus SARS-CoV-2, que a su vez, es quien causa la enfermedad llamada COVID-19, se expandieran en la población, éstas se relacionaban directamente con tres fases o escenarios de contingencia y niveles de propagación (Gobierno de México, s/f): la fase 1 implicaba la importación de casos, en ella el número de personas infectadas es muy bajo, por lo mismo, no

hay controles tan precisos, como modificar las actividades diarias o el cierre de fronteras, principalmente se enfoca en que las personas limiten el contacto directo entre ellas, lavarse las manos con frecuencia, revisar los casos positivos y mantener a la población informada.

La fase 2: transmisión comunitaria, su inicio es al empezar los contagios entre quienes residen en el país, y, no siempre, tuvieron contacto con alguien que se pudo haber infectado en otro país. Normalmente, los casos aumentan rápidamente, para evitarlo, se suspenden clases, eventos masivos y cualquier actividad que tenga que realizarse en un espacio cerrado, además, quienes puedan, deben realizar trabajo a distancia. Se estima que comienza aproximadamente 45 días después del primer caso confirmado.

Finalmente, la fase 3 es la etapa epidemiológica, es cuando el número de personas infectadas llega a miles en diferentes lugares, debido a la gravedad se llega incluso a una cuarentena de forma general. En México esta inició el 20 de abril de 2020, se continuó con las medidas de sana distancia y la suspensión de actividades presenciales, especialmente las que se realizaran en espacios públicos como parques, cines o teatros.

Se tomaron medidas que requerían una cuarentena obligatoria para la mayor parte de la población, las personas debían quedarse en sus hogares y evitar salir a realizar cualquier actividad, también debía hacerse de la forma rápida, evitando contacto directo con otras u otros y utilizando siempre cubrebocas y gel antibacterial.

Durante la pandemia, en el año 2020, se creó una vacuna contra el virus, debido a que era algo novedoso y que al principio sólo los gobiernos tuvieron acceso a ellas, por lo que se aplicaron de forma gratuita pero se tuvo que realizar un calendario de vacunación de 5 fases, la primera dosis se aplicó primero a personal de salud que atendía a las pacientes con COVID-19 (diciembre 2020 a febrero 2021), continuó con las personas de la tercera edad (febrero-mayo 2021), siguió con personas de 50 a 59 años y mujeres mayores de 18 años embarazadas (mayo-

junio 2021), la atapa cuatro fue a personas de entre 40 y 49 años (junio-julio 2021) y al final se terminó con el resto de la población que faltara (julio 2021-mayo 2022). Esta parte es importante porque a partir de que las personas se vacunaron y técnicamente, existía un menor riesgo de contagio, las medidas comenzaron a mermar.

Se debe colocar que, de forma general, se tienen datos de que, para el 31 de diciembre de 2022, a nivel mundial y de forma acumulada, hubo 660,36 millones de casos confirmados y 6,69 millones de muertes debido a COVID-19 (Our World in Data, 2022).

Para finalizar, hay que hablar sobre las consecuencias psicosociales que el COVID-19 tuvo en las personas, sus comunidades y sus contextos. En principio, de forma particular, las personas sufrieron diferentes afectaciones en su salud mental, la situación de aislamiento, laboral, económica, familiar, provocó diversos sentimientos y emociones (aumentando, dependiendo de que características tuviera la persona, es decir, el sexo, género, edad o laborar en el sector salud) como depresión, enojo, irritabilidad, insomnio, trastorno de estrés postraumático, agotamiento emocional, ansiedad entre otros. (Broche-Pérez, Fernández-Castillo y Reyes Luzardo, 2020).

Por otra parte, la investigación de Anigstein, Watkins et al., *“En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamientos de las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile”* señala que, a nivel comunitario, fue necesario que se crearan nuevas formas autoorganizativas y de cuidado para hacer frente a la pandemia y cuarentena; de un lado, algunos lazos se fortalecieron, pues se observó apoyo entre vecinas y vecinos, comprando víveres para otras u otros, llevándoles despensa o simplemente estando atentas y atentos a las necesidades de quienes estaban a su alrededor, por el otro, estaba el miedo al contagio, lo que tenía como resultado que las personas se evitaran pasar tiempo entre ellas, incluso que ellas mismas evitaran fervientemente el contacto, especialmente con quienes mostraran algún síntoma del virus, como estornudar o toser.

Una vez expuesto en qué consiste el virus que provocó la pandemia y las consecuencias físicas y psicosociales que ha provocado, se procede a profundizar con respecto a los enfoques a las teorías enfocadas específicamente en la salud mental. Por otro lado, con respecto a las medidas tomadas por el gobierno, quizá se podría prever que este aislamiento tendría diversas consecuencias en la salud mental de las personas, realmente no se le tomó la importancia necesaria a este aspecto.

2.2 Perspectiva de género y salud mental

Hablando sobre la perspectiva de género, los estudios al respecto comenzaron su auge en la década de los 70's, a pesar de que el sistema patriarcal lleva existiendo desde hace siglos. Justamente, su origen viene de la necesidad de establecer las diferencias que existen entre mujeres y hombres por razón de su género, femenino y masculino respectivamente y cómo les afecta de forma desigual, creando un sistema de poder y subordinación, con base en las conductas que, se supone, cada una y uno deben tener de forma pública y privada. Este concepto se crea a partir de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en la ONU en 1995.

Antes de continuar, conviene estipular que dentro de este trabajo se utilizan los conceptos de espacio doméstico (ámbito privado) y espacio público (ámbito público), Cerri y Alamillo-Martínez (2012) escriben: “se produce una separación entre el espacio público, al que se atribuye la “producción”, y el espacio privado-doméstico, donde se llevan a cabo los trabajos de “reproducción”. Simultáneamente, el “trabajo” se define como actividad extra-doméstica, invisibilizando y desvalorizando así el trabajo llevado a cabo en el hogar” (p. 4). Este proceso, señalan las autoras, se desarrolla en la industrialización, es en este momento de la historia donde se hace una división de los espacios y su uso, los hombres producían bienes y servicios, mientras que las actividades que realizan las mujeres en sus hogares quedan sin algún tipo de reconocimiento social, pues incluso se empieza a normalizar la idea de que es algo “natural” para

las mujeres, las tareas de cuidado. De hecho, también se hace una relación entre lo doméstico-emocional y empleo-racional.

Regresando a la perspectiva de género, La UNICEF (2017) explica que es “una categoría analítica que toma los estudios que surgen desde diferentes vertientes académicas de los feminismos para, desde esa plataforma teórica, cuestionar los estereotipos y elaborar contenidos que permitan incidir en el imaginario colectivo.” (p. 14). Otra autora que define de forma muy completa este concepto es Briñon (2007) que coloca que la perspectiva de género:

Permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres, así como sus semejanzas y diferencias. Analiza las posibilidades y oportunidades de ambos, sus expectativas, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen. (p.70)

Es un enfoque que se puede utilizar en diversos contextos para poder entender, y tener en cuenta, las diferencias sociales que hay entre mujeres y hombres de forma que se puedan analizar las múltiples situaciones tomando en cuenta estas discrepancias y evitando el error de pensar que las y los afectan de la misma forma.

Con lo anterior, ahora es necesario colocar que es el sexo y género, que, aunque íntimamente relacionados, son dos conceptos distintos, por un lado, el sexo: “Referencia a los cuerpos sexuados de las personas; esto es, a las características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y físicas) ... a quienes se nombran como hombres o mujeres.” (CONAPRED, 2016, p.31). A su vez, a cada sexo (mujer y hombre) se le asigna un género (femenino y masculino) y en ambos casos, tradicionalmente, sólo existen dos opciones de lo que puedes ser: mujer-femenina y hombre-masculino. Debido a la naturaleza específica de esta

investigación, no se ahonda en las otras realidades que, lentamente, comienzan a colocarse, pero es de vital importancia señalar su existencia.

Se entiende entonces que el sexo no solo se refiere a la genitalidad de una persona, es decir, algo físicamente visible, también involucra aspectos que, para poder saberlos, se deben hacer análisis de laboratorio o exámenes específicos (el caso de los cromosomas XX o XY, o las cargas hormonales de testosterona o estrógeno, por ejemplo). Es decir, el sexo involucra más características que el sólo hecho de si las personas tienen un pene o una vulva.

Por otra parte, para contextualizar el concepto de género, primero se rescata a Marta Lamas, quien coloca en su escrito *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*:

La nueva aceptación del género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. (Lamas, 2000, p.3)

Por otro lado, en su libro *El segundo sexo* (1973), la autora, Simone de Beauvoir, señala “No se nace mujer, se llega a serlo” (p.109), es decir, coloca que una llega a ser mujer por la obligación cultural de hacerlo, por lo que no suele ser una decisión propia, más bien es una imposición de diferentes cuestiones que comprometen a las mujeres a ser de cierta forma, quieran o no.

Como tercera referencia, tenemos a Joan W. Scott (1996,), quien nos coloca que

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. (p. 289)

Finalmente, Serret (2008) marca algo muy importante sobre este concepto:

Es un instrumento de análisis para explicar y describir las relaciones sociales de poder entre hombres y mujeres [...] la idea de género ha sido construida desde una inquietud política clara y distinta: la preocupación feminista por la condición subordinada de las mujeres y por las consecuencias de esa subordinación [...] el cuestionamiento ético acerca de lo injusta que resulta la lúdica subordinación de un colectivo humano. (p. 51)

Estas cuatro descripciones comparten varias cosas entre sí, como lo es el hecho de que existe una diferencia anatómica entre géneros (a cada género se le atribuyen, socialmente, ciertas características físicas), que hay una imposición social, es decir, esta exige que las personas se identifiquen con uno de los dos géneros que se asume, existen y que se debe cumplir ciertos requisitos, dependiendo de la cultura, estos pueden ser diferentes, como por ejemplo, que las mujeres sean obedientes, los hombres fuertes.

Podemos deducir que el género es una construcción sociocultural, que cambia conforme el contexto, la cultura y el lugar. Son los comportamientos, actitudes, pensamientos e incluso vestimentas que, se supone, deben tener y hacer las personas con base en su sexo, siendo tradicionalmente, solo dos femenino y masculino, y no solo eso, sino que, en esta estructura, este último, siempre se encontrará en una posición superior, esto es, siempre tendrá más poder sobre lo femenino.

En varias culturas, incluida la occidental, la idea de femenino se relaciona con ciertas actitudes, delicadeza, sensibilidad, empatía, ternura, paciencia; se espera también que las féminas se vistan de cierta forma, con colores brillantes, deben estar siempre maquilladas y peinadas, usar ropa que destaque su figura, vestidos o faldas, pero que no revelen su cuerpo. Y, como se mencionó anteriormente, incluso se espera que tengan cierto pensamiento, que sean románticas, que solo piensen en el bienestar de su pareja, que sean detallistas, que quieran ser madres. Todas estas características son las que definen que tan femenina o no es una mujer. Termina siendo una construcción simbólica, un imaginario social.

Derivado de lo anterior, encontramos los roles y estereotipos de género, Lamas (1986) describe que estos “se forman con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.” (p. 188), en otras palabras, son las acciones, conductas y pensamientos que realizan y tienen las mujeres y los hombres con base en lo que la sociedad donde se desarrollen les impone, esto varía dependiendo de la ubicación geográfica o el tipo de cultura.

Algo interesante con respecto a lo anterior, es señalado por Margaret Mead (1975), pionera de la antropología cultural y el feminismo norteamericano de la segunda mitad del siglo XX. En su libro *Male and Female, a study of the sexes in a changing world*, ella hace un análisis de siete culturas de las Islas del Pacífico: The Samoans, The Manus of the Admiralty Islands, The Mountain Arapesh, The Cannibal Mundugumor of the Yuat River, The Lake-dwelling Tchambuli, The Iatmul Head-hunters of the Great Sepik River y, The Balinesecada; cada una separada de otra, encontrando diversas formas en las que los géneros se presentaban.

En las personas Arapesh, encontró que se les educaba a todas de la misma forma, para ser pacíficas y tranquilas, había conductas de afecto con respecto al cuidado de su descendencia; también había otra tribu, Mundugumor, que, por el contrario, educaban con modos agresivos y violentos, independientemente del sexo; e incluso encontró una, Tchambuli, donde eran las mujeres quienes realizaban las actividades en el ámbito público, dicho de otro modo, buscar el sustento, mientras los hombres eran quienes realizaban las tareas domésticas. Con lo anterior, Mead colocó y sustentó las ideas y teorías de que los géneros, sus características, sus roles, sus diferencias, cómo es que se socializan, dependen específicamente de la sociedad y cultura, no de una condición genética o biológica.

Lo anterior coloca, primero, que los roles y estereotipos de género no son naturales, es decir, no es algo con lo que se nace, por lo mismo, es que hay muchas formas en que el género se presenta en el mundo, debido a la diversidad cultural del mismo, por lo que no se debe, baja

ninguna circunstancia, negar la existencia de otras formas diferentes de existir, ni creer que el contexto en donde se desarrolló esta investigación es único y homogéneo; además, con esto, se puede explicar que este trabajo se están colocando los roles tradicionales de género en un contexto occidental y pensamientos judío-cristianos, esto es, en México, estos roles suelen poner a las mujeres en el ámbito privado, a cargo de labores domésticas y de cuidado, mientras que a los hombres se les coloca como quienes deben proveer los recursos a los hogares.

Aunque lánguidamente, lo anterior se ha ido modificando, tanto por la lucha de las mujeres para obtener accesos a espacios laborales y públicos, como por el desarrollo del capitalismo en el mundo, que obliga a las familias a buscar generar más recursos para poder subsistir, ya que es común que el salario de una persona ya no sea suficiente para tener cierta calidad de vida; las mujeres se han visto en la necesidad de salir de sus hogares a buscar trabajo para cooperar en el ámbito económico, sin embargo, a diferencia de los hombres, ellas tienen que hacer estas labores aunados a los que ya realizaban, como quehaceres domésticos o el cuidado y la educación de su descendencia, lo que se llama "*doble jornada de trabajo*" (Lamas, 2018, p. 123).

Es común que el trabajo que se realiza en casa por parte de las mujeres no sea remunerado, porque se considera que es algo que es parte de las responsabilidades que deben tener como dentro de una familia, además también se asume que son actividades que no requieren de esfuerzo o de tiempo, por lo que constantemente son infravaloradas.

Como se puede ver, el género involucra muchas cosas más que sólo lo femenino y lo masculino, es una construcción social muy importante, en sentido de que es bajo ella que las personas son socializadas y se comportan en todo su entorno, por otra parte, también es con esta área de su vida que las mujeres son discriminadas y violentadas, incluso los hombres que muestran comportamientos socialmente relacionados a lo femenino pueden sufrir un tipo de castigo social.

Durante la pandemia por COVID-19 y la cuarentena, estos roles y estereotipos pudieron verse reforzados al momento de repartir actividades dentro de los hogares, sus diferentes papeles tradicionales como cuidadoras y madresposas, se vieron reforzados por la situación de encierro, es decir, ellas fueron quienes tuvieron que, en muchos casos, hacerse cargo de quienes se contagiaron, quienes, les daban su medicina, y en general, estaban al pendiente de sus necesidades; también fueron quienes se dedicaban a labores domésticas, hacer quehaceres, comida, limpieza y, aunado a esto, en los casos de infancias que estaban cursando la educación básica, tuvieron que hacerse responsables de que asistieran a clases en línea, realizaran las tareas, e incluso, explicarles los temas. Es importante colocar lo anterior, porque esto afectó activamente la salud mental de las mujeres.

Como podemos ver, el género está directamente relacionado con el cómo afectan las diversas situaciones a las personas, por ejemplo, los trastornos o enfermedades psiquiátricas por rango de edad, esto relacionado directamente con los factores socioculturales en que las mujeres y hombres se encuentran.

Montero, Aparicio, Gómez-Beneyto et al. (2004). Escribieron un artículo que hacía análisis de otras investigaciones sobre el tema, que, con base en el análisis de estos trabajos, en varios países se podía observar que, en edades jóvenes de grupos vinculados a roles masculinos, había patologías asociadas al consumo de alcohol y otras sustancias; mientras que en edades medinas eran más propensos a cuadros afectivos y ansiosos. Por otra parte, las mujeres casadas, a comparación de las solteras, tenían un incremento en los trastornos y enfermedades psiquiátricas; contrario a los hombres, a quienes este estado civil, es decir, ser casados, les genera una protección contra desarrollar alguna enfermedad mental.

En el ejemplo anterior, podemos ver cómo, aunque puede pensarse que los trastornos o enfermedades psiquiátricas afectan de la mismas forma a las mujeres y hombres, no es así, por lo que si se quiere hacer un análisis a fondo, una investigación, y más importante, una

intervención, se debe tener en cuenta estas diferencias entre los sexos y géneros, eso es la perspectiva de género, conocer las atribuciones socioculturales que se le dan a ellas y ellos de forma histórica, además de las violencias que son distintas entre mujeres y hombres. Se parte desde la idea de que no existe una igualdad de condiciones entre géneros (sociales, económicas, laborales).

Rescatando lo anterior, la importancia de utilizar esta categoría, especialmente en el trabajo social, es que nuestro objetivo es intervenir con la población, y esto no puede, ni debe hacerse sin tomar en cuenta los contextos que la rodean, las diferentes formas en que un problema afecta a cada sujeta y sujeto, porque sí, se pueden implementar programas que homogenicen a las personas, tratando justo de cubrir a una mayoría, pero finalmente se dejan rezagadas a otras, que de por sí, ya tienen ciertas desventajas, en principio se debe intentar equilibrar las cosas.

En ese sentido, Marcela Lagarde (2018), coloca:

La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias... Analiza el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las diversas y complejas relaciones sociales que se dan entre ambos. Contabiliza los recursos y capacidad de acción con que cuentan. (p. 15).

Muy parecido a la definición anterior, la autora nos explica que esta perspectiva se utiliza para visibilizar las diferencias que hay entre las mujeres y hombres, pero destaca que es un análisis profundo, es tener en cuenta toda su persona, su contexto y como este se relaciona con el sistema donde se desenvuelven. De qué forma les afecta y/o les beneficia, que pueden lograr o no en él, que obstáculos tienen para hacerlo, y, sobre todo, como estos dos sexos se relacionan

entre sí, que, eventualmente, también no llevará a que tipos de jerarquía y formas de poder existen.

Otra forma de analizar y complementar este concepto es la planteada por Serrat (2008), que, en primera instancia, explica como el feminismo fue en donde se empieza a utilizar *género*, esto como una forma de oponerlo al de *sexo*, para “desplazar el análisis de las relaciones de poder ente hombres y mujeres (que, en todas las sociedades conocidas, se traducen en subordinación de estas últimas) del terreno de la biología al de la cultura y el orden simbólico” (p. 51). Lo anterior se puede traducir como no existe una realidad o naturaleza de lo que se supone debe ser una mujer y un hombre, son, como se ha mencionado con anterioridad, constructos socioculturales. Esta herramienta (la perspectiva de género), señala, muestra: “cómo y a través de qué procesos la cultura asigna identidades diferenciadas a sujetos clasificados, según una cierta apreciación biológica, sexual, y al aplicar también, por qué esas diferencias se interpretan como desigualdades desde la cuestión cultura.” (p. 51)

Otro concepto que se debe rescatar, dentro de la perspectiva de género, es el de interseccionalidad, esta palabra y su definición fue utilizada por primera vez en 1989 por Kimberlé Crenshaw, una aboga afroestadounidense, esto debido a que ella quería evidenciar como la justicia jurídica invisibiliza diferentes áreas de opresión que experimentaban las mujeres negras trabajadoras de una compañía, es decir, quería señalar que estas mujeres recibían una discriminación, no sólo por su género, sino también por su etnia. (Viveros, 2016).

Como se puede observar, la interseccionalidad hace referencia a las múltiples formas en las que una persona puede ser oprimida, discriminada o violentada, dependiendo de diversos aspectos de su persona, como género, edad, etnia o clase social. Dicho de otra forma, una persona no es exclusivamente señalada por su género, tiene que ver también, por ejemplo, en que posición social se encuentre, una mujer de piel color blanco jamás va a recibir la misma

discriminación que una mujer de piel color negra; comparten el mismo género, pero no la misma opresión sistemática.

Por lo anterior es que puede usarse como una herramienta de estudio y de análisis, en este trabajo se utilizará de esta forma, pues no sólo se tomará en cuenta la condición de sexo y género de las mujeres que participan, también se enlazarán con otros aspectos de su persona, sus costumbres, tradiciones, condición económica, religión, educación, edad entre otros. Pues absolutamente todos estos aspectos influyen, de una u otra forma, en cómo ellas vivieron la pandemia y cuarentena por COVID-19 y los efectos que tuvieron en su salud mental derivado de las mismas.

Colocado lo anterior con respecto a lo que implica la perspectiva de género, se puede enlazar este tema, específicamente, con la salud mental de las mujeres. En el contexto occidental de la medicina, se tiene conocimiento de que existía una creencia sobre que las mujeres y los hombres eran diferentes, no sólo físicamente, sino en la forma en la que su cerebro trabajaba (hablando exclusivamente, por supuesto, de un binarismo de sexo y género) y que estas diferencias las colocaban a ellas como inferiores, especialmente en la cuestión intelectual.

Lo anterior tenía diversas explicaciones en su momento, ya fuera que era una cuestión evolutiva, señalando que era incluso imposible que entre todo el reino animal, las personas fueran las únicas donde no existiera una superioridad en los machos; la hipótesis de que el cuerpo tenía una energía limitada, por lo que cada sexo debía utilizarla para lo que le correspondía (mujeres-criar y hombres-proveer) de lo contrario no podrían realizar sus roles de forma adecuada; hasta la idea de que como los cerebros de las mujeres (y personas negras) eran más pequeños y menos pesados, sus capacidades y facultades mentales eran inferiores. (Gómez Rodríguez, 2005). La ciencia puede ser subjetiva, androcentrista y clasista, si más que por hechos, se rige por el pensamiento que la investigadora o el investigador tengan con respecto

al tema, o que pueden utilizar estos para tratar de justificar sus ideas (como el tamaño de los cerebros).

Algo que es innegable es que en las mujeres y los hombres las afectaciones en su salud mental se diagnostican de forma diferente, por ejemplo, el trastorno de espectro autista (TEA) tarda más en ser detectado en las primeras, debido, en parte, a que ellas tienden a ser socializadas para tener mayores habilidades sociales, así que pueden aparentar o imitar emociones y acciones que disimulen su condición; aunado a que los estudios en el tema se han enfocado en población masculina, en sus síntomas y padecimientos, tomándolos como una referencia para todas y todos, por lo que si alguien no entra completamente en estas referencias, no se asume que tenga este trastorno. (Ruggieri y Arberas, 2016).

Lo anterior se traduce a que, no sólo no hay visibilidad sobre cómo las mujeres viven y atraviesan este tipo de enfermedades y trastornos, sino que se complica el darles un diagnóstico correcto a temprana edad o en las etapas tempranas y menos ofrecerles un tratamiento adecuado. De hecho, puede que las mismas mujeres desconozcan que tienen alguna afectación en su salud mental, pues no tienen referente al respecto, ya sea en medios de comunicación, discursos o referentes culturales o educativos, por lo que puede tardar en acudir a algún servicio o personas profesionales en la salud mental.

Pero las diferencias no sólo se limitan u ocurren en un solo contexto o lugar, Freeman y Freeman (2013), realizaron un estudio comparativo sobre trastornos mentales entre mujeres y hombres, en diversos países (Alemania, Australia, Chile, Estados Unidos, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Países Bajos y Sudáfrica), encontrando que, en la mayoría de los casos, las mujeres tienen un riesgo más alto de sufrir depresión, ansiedad, trastorno límite de la personalidad y de alimentación; mientras que los hombres de ser alcohólicos o ser dependientes de otras sustancias y tener personalidad antisocial o trastornos de la conducta. Encontraron que las

mujeres presentan tasas más altas de trastornos mentales, así como síntomas más graves. (Freeman y Freeman, 2013)

Como se puede observar, que las mujeres tiendan a sufrir, no sólo de forma diferente las enfermedades y trastornos mentales, independientemente de la zona donde se encuentren, es un problema que atañe a gran parte de la población, no es algo que se quede solo en una comunidad o un país, por ello la necesidad de hacer hincapié en estas diferencias para poder realizar una atención adecuada.

A lo largo de los últimos años, las diversas investigaciones enfocadas en descubrir las diferencias en las afectaciones en la salud mental de las mujeres y los hombres han comprobado que, en efecto, existe, y más allá de ser una cuestión física o biológica, influye el contexto sociocultural, es decir, los roles y estereotipos de género, los cuales, como se mencionó anteriormente, señalan que, entre otras cosas, las mujeres y los hombres deben tener ciertos comportamientos, dependiendo del sexo, les colocan a ellas las actividades de cuidado, les dicen que ellas deben tener paciencia y soportar maltrato o violencia, incluso hace que peleen, unas con otras, de forma que no puedan formar redes de apoyo; lo que, a la larga, termina teniendo consecuencias en su salud mental, sufren de estrés crónico, ansiedad y depresión.

Aunado a lo anterior, también se encuentran los estigmas relacionados a la salud mental de las mujeres, es común que a quienes muestran síntomas de alguna enfermedad o padecer, se les siga catalogando como histéricas, sensibles, flojas, emocionales, exageradas o incluso, en el caso, por ejemplo, de la depresión postparto, de malas madres o ineptas. Lo anterior por no estar cumpliendo los roles que la sociedad les asignó, por no poder cuidar a otras personas por encima de a sí mismas o no poder ser esposas o madres abnegadas. También es común que ellas mismas minimicen lo que están pasando, debido a que tienen normalizadas estas conductas y les afecta no poder acatar lo que se espera de ellas. (ATELSAM Salud Mental, 2020)

Es importante hacer hincapié en que, aunque lo anterior es un problema importante resultado del género, este concepto no solo se reduce a los roles y estereotipos, es más profundo, como se vio con anterioridad, es todo un constructo social que cataloga a las mujeres en un lugar de subordinación, donde los hombres tienen un poder sobre ellas en casi todas las esferas de la vida: a nivel económico, social, laboral, político, educativo; también en los ámbitos público y privado. Es parte una herramienta del patriarcado para generar una opresión sistemática en las mujeres, lo que se traduce en menos oportunidades, violencia, discriminación, machismo, incluso el feminicidio.

Otra cuestión para rescatar es el cuidado de la salud mental, en el caso de las mujeres, ellas tardan más que los hombres en acudir a algún servicio enfocado en el tema, posiblemente como consecuencia de los roles que las colocan como responsables de las personas con las que cohabitan, por lo que deben demostrar “fortaleza”, además de que su familia y la sociedad les exige a quedarse en sus hogares.

En el ámbito de la salud mental, es inevitable colocar que, debido a su condición histórica de desigualdad, no se solía verlas como personas con derechos, por lo que, como se ha mencionado con anterioridad, todo era investigado desde la perspectiva de los hombres, sin tomarlas en cuenta a ellas, independientemente de que fueran quienes experimentaban y vivían esas experiencias.

Por estas cuestiones es que se habla de una salud mental con perspectiva de género, de esta forma se tendrán en cuenta las diferencias de forma que se tengan en cuenta no solo las diferencias biológicas, si no, principalmente las sociales y culturales, entre mujeres y hombres, para poder prestarles a cada una y uno, el servicio y/o tratamiento que necesite, buscando siempre que este sea de calidad, calidez y acorde a sus necesidades.

En relación con la pandemia y cuarentena por COVID-19, es necesario que en todas las investigaciones relacionadas con cómo se vio afectada la salud mental de las mujeres, se utilice esta perspectiva, pues como se coloca con anterioridad, los roles, estereotipos, el sexo y el género tienen que ver con su vivencia en estos momentos. Aunque este trabajo se enfoca, específicamente, en este tema, no niega que los hombres también sufrieron afectaciones en su salud mental, las cuales deben ser investigadas, analizadas y entendidas teniendo en cuenta su condición de sexo, de forma que cada una y uno tenga la atención que necesita. De esto, se habla a detalle en el siguiente rubro.

2.2.1 Salud mental con perspectiva de género

La salud mental es un tema del que aún se habla poco en el ámbito social, por ejemplo, hay poca o nula educación social con respecto a la promoción y prevención de esta.

Particularmente, si se tiene diagnóstico de trastorno psiquiátrico los tratamientos, terapias o medicinas a las que las personas pueden acceder en caso de tener alguna afectación es este ámbito de su vida, asimismo de que pueden ser costosos para algunas personas; también se sigue viendo como un tema tabú, socialmente se señala negativamente a quien busca apoyo profesional y se le cataloga como alguien “enferma” o “loca”. Cuando se tiene un trastorno hay poca información.

Primero, debemos colocar qué es la salud mental, de forma que se tenga un panorama general de qué implica este aspecto de las personas, para después enfocarse en como este se entrelaza con la perspectiva de género y su construcción sociocultural.

Hay muchas formas en que se puede conceptualizar salud mental, por ejemplo, la OMS (2022) coloca:

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder

aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. (p.1)

Por otro lado, Ramos Montes (2018) lo define de la siguiente forma:

La salud mental es un componente fundamental de la salud. Se ha definido como un estado de bienestar que se apoya en la conciencia de las propias capacidades, lo que incluye tolerar las tensiones normales de la vida, tener una ocupación productiva y fructífera, así como una relación solidaria los demás y con la comunidad. (p.11)

De manera general, las conceptualizaciones anteriores colocan los mismos puntos importantes, es decir, destacan que la salud mental no sólo implica el que una persona pueda hacer frente a momentos complicados, también habla de las herramientas que puede y/o debe tener para lograr este objetivo, no es algo que se tiene automáticamente al nacer, se adquieren a lo largo de la vida; además de que es una cuestión tanto individual como colectiva, no es independiente de la sociedad. Con esto se puede plantear la idea primordial de por qué es tan importante este aspecto en la vida de las personas, tanto para ellas como para quienes las rodean.

Como se puede apreciar, socialmente hay muchas formas de observar los fenómenos que se presentaron derivados de la pandemia por COVID-19 y la posterior cuarentena, pero también es importante recalcar la parte de la salud mental, que es el eje direccional del análisis de los resultados de este trabajo y el cual se presenta a continuación.

2.2.2 Salud mental y su construcción sociocultural

La salud mental la define, Epp (1988) como:

La capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo, el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitivas, afectivas y relacionales) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad. (p. 133)

Sin embargo, esta no es la única definición que existe sobre el término, la Organización Mundial de la Salud (2011), explica que es un estado de bienestar donde las personas pueden ser capaces de hacerle frente al estrés normal de la vida diaria, realizar un trabajo productivo y contribuir a su comunidad. Destaca, también, la importancia que tiene en el bienestar individual y en que una comunidad funcione eficazmente.

Por último, se coloca una propuesta de definición hecha por Galderisi, Heinz, et al. (2015). Cuyo objetivo es ser más completa y que pueda aplicarse, sino a todas y todos, a una mayoría:

La salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que permite a los individuos utilizar sus capacidades en armonía con valores generales y de la sociedad. Las habilidades cognitivas y sociales básicas; la capacidad para reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como comprender a otros; la flexibilidad y la capacidad para hacer frente a los sucesos vitales adversos y funcionar en los roles sociales; y la relación armoniosa entre el cuerpo y la mente, representan componentes importantes de la salud mental que contribuyen, en grados variables, al estado de equilibrio interno. (p. 232)

Con las definiciones anteriores, se puede ofrecer un mejor panorama de qué implica la salud mental en las personas, que es más que la ausencia de algún trastorno mental en las personas, implica sus relaciones interpersonales, a su comunidad, su cultura, la sociedad donde

se desarrolla, su contexto, por lo tanto, es una cuestión que no se debe quedar en el ámbito particular y personal, también involucra a otras y otros.

Algo de lo que se debe hablar con respecto a la salud mental es que también es una construcción social, la forma en cómo una persona vive, transita y experimenta su salud mental tiene que ver con su contexto social, sus recursos personales, sus creencias y cultura.

Las personas crecen, se desarrollan y se socializan en ciertos contextos, es decir, lo que ocurre a su alrededor, lo que piensan, por qué lo piensan, entre otros aspectos. Esto está intrínsecamente relacionado con su cosmovisión de las cosas, en cómo las observan y las viven, por ejemplo, no es lo mismo como una mujer indígena que vive en el campo puede percibir su salud mental, a cómo lo haría una mujer con otras características sociales que vive en la ciudad; ambas comparten la condición de mujer, sin embargo, tienen acercamientos distintos con esta; la segunda quizá tenga un pensamiento que la encamine a buscar terapia psicológica, mientras que la primera (en caso de ser consciente de que puede tener la afectación), podría no tener acceso a una atención especializada por no contar con servicios de atención cercanos a su localidad.

Por otra parte, debido a que el modelo de atención biomédico es el hegemónico es al que se le ha dado prioridad en el ámbito de la salud, por lo que, usualmente, es desde el que se abordan las enfermedades, además, este modelo no considera importante los aspectos sociales y culturales, así como los saberes de las personas sobre sus problemas de salud o enfermedades; tampoco reconoce otras formas de terapia (la medicina tradicional, por ejemplo). Se termina invisibilizando e infravalorando conocimientos de décadas e incluso culturas enteras en general, creando y fomentando la falsa idea de que es un mundo heterogéneo que debe funcionar de una sola forma. Dentro del ámbito de la salud mental, implica que el enfoque está sobre la enfermedad, no sobre la persona, por lo que no busca indagar en los contextos de la o el paciente, su familia, sus lazos de apoyo, comunidad.

Más importante, este modelo deja de lado los padeceres que presentan y señalar tener las y los pacientes, sólo busca motivos biomédicos para explicar la situación, por lo que deja, completamente de lado, las experiencias y simbolismos que cada una y uno de la a lo que está travesando.

Lo anterior si se retoma en el modelo sociocultural de atención, el cual no sólo se enfoca en la enfermedad, si no en la persona, tomando en cuenta todos los aspectos posibles y reconociendo otros conocimientos, como los tratamientos tradicionales o alternos (plantas medicinales u homeopatía).

Otra de las cuestiones es que las afectaciones y/o enfermedades no son cuestiones que se viven de forma lineal, tienen varios matices, en otros términos, se van a experimentar en relación con las experiencias que la persona tenga, y, además, al englobar todo lo anterior, cada una y uno le dará su propio significado; cabe señalar, que sin importar que se viva en el mismo contexto y sociedad, cada vivencia es única, por eso la importancia de trabajar con la persona como un todo y no solo con su enfermedad.

Es por lo anterior que se habla de que las enfermedades, trastornos o afectaciones en la salud, especialmente en la salud mental, no deben ser vistos sólo como una cuestión biomédica, donde solo se enfoque a ofrecer un diagnóstico y un tratamiento, se debe analizar a la persona desde una perspectiva multidisciplinar y, sobre todo, humanista.

Aquí es donde entra el trabajo social, donde se destaca la importancia de que sea colocado como parte fundamental de un equipo multidisciplinar, Monroy López (2017) lo define como:

Una disciplina de las ciencias sociales que estudia al ser humano en su situación social, a través de un enfoque teórico-metodológico, que permita el diseño de modelos y estrategias de intervención, contextualizadas en tiempo y espacio, que aborden de

manera práctica el conjunto de necesidades y problemas sociales desde la mirada de la propia persona, generando así su bienestar social. (p. 2)

Como se puede notar, el trabajo social tiene una visión integral, enfocada en poder reconocer estos diversos ámbitos de las personas, investigar y analizar los diferentes contextos, pensamientos e ideas que se tienen de forma individual, grupal y comunitaria, con respecto a su afectación, su diagnóstico y su tratamiento; también diseñar estrategias de intervención que permitan que, con base en lo anterior, se alcance el bienestar de la persona enferma y su familia. Pero no sólo se queda en la parte individual, pues el trabajo social también sabe la importancia de lo comunitario, cómo las ideas externas influyen en la forma de pensar de una persona y, por supuesto, en como trata y experimenta una enfermedad.

Las personas generan sus ideas conforme a las construcciones socioculturales que se crean y recrean en su entorno o contexto, se terminan interiorizando de formas simbólicas; aquí entran los diferentes mitos que, con los años y la desinformación, se han creado en la población, por ejemplo, si en su familia o comunidad aprendieron que la depresión es algo que “no existe” o que para afrontarla es cuestión de trabajar y “no desperdiciar su tiempo libre”, eso es lo que, en parte de los casos, la o el paciente también va a pensar, por lo que les será complicado ir a solicitar ayuda. (SAMHSA, 2023)

Esto, en parte, por como las personas activamente participan en la cimentación su realidad. En la sociedad “conductas que son consideradas desviadas en un contexto particular no son entendidas como “anormales” en todas las culturas y todos los momentos históricos; tampoco se les atribuyen las mismas causas” (Vargas Rodríguez y Parales Quenza, 20217, p. 249). Lo anterior deja claro que, aunque evidentemente existen cuestiones biomédicas que le dan origen a las enfermedades y trastornos mentales, también se conciben de diferentes maneras de sociedad en sociedad, es decir, también son una construcción sociocultura.

Pero esta forma de ver a la enfermedad o trastorno no afecta únicamente a la persona que vive con ellos, involucra a todo su entorno, la forma en que la familia y comunidad tengan representada cada una, influirá en la forma en que trataran a la o el paciente, esto se termina de cimentar, en parte, por los medios de comunicación, debido a que es a través de ellos que muchas y muchos obtienen y popularizan el conocimiento.

Se debe dejar de mirar a las personas como números, algo común en los ámbitos institucionales, que, aunque se entiende el objetivo de que, finalmente, tienen que mostrar resultados por cuestiones administrativas y presupuestarias, terminan deshumanizando a las y los pacientes, ya que son seres con múltiples condiciones, vivencias, experiencias, y conocimientos. Por lo tanto, hay que verlos desde todas ellas como un todo, esta es de las únicas formas en que se puede tratar la enfermedad o afectación sin dejar de buscar su bienestar.

Realizando un análisis profundo e integral de una persona con cierta enfermedad, se puede conocer qué es lo que piensa de la misma, cuál es su padecer, cómo está llevando el proceso, si está tomando o realizando el tratamiento y en caso de que no, por qué, con quién vive, quién le apoya. Conocer estas cuestiones ayudaría a poder aplicar un procedimiento acorde a la o el paciente, buscando que exista una mayor posibilidad de que este se complete. Por ejemplo, si se descubre que una persona tiene una red de apoyo sólida, tanto en lo emocional como lo económico, se tiene una mayor certeza de que el tratamiento puede completarse; por el contrario, si no hay una red o es inestable, se deben buscar canalizar o buscar las alternativas para que cree una, esto también es parte de ver más allá de la enfermedad.

Ya explicada de forma clara y precisa como se está visualizando y trabajando el tema de la salud mental y la perspectiva de género en este trabajo, y para continuar con el capítulo, se procede a detallar lo antes mencionado sobre los estigmas que existen en la salud mental.

2.2.3 Estigmas sobre la salud mental

Relacionado con el rubro anterior, se crea este apartado, en donde se coloca con detalle lo ya señalado con anterioridad, que la salud mental aún esta rodeada de diversos estigmas, prejuicios y estereotipos, los cuales tienen como resultado que las personas no quieran acudir a tratamientos o buscar cualquier tipo de ayuda relacionada con el tema.

Primero definiremos los conceptos anteriores, empezando por el de estigma, Goffman (2006), escribe

Los griegos [...] crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba [...] En la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con un sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa preferentemente al ml en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales. (p. 11)

Goffman también señala que “la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías” (p.11), esto hace que nosotras mismas podamos catalogar a una persona y asignarle una categoría al momento de conocerla, lo que el autor llamó *identidad social* y esta a su vez, se divide en dos: identidad social virtual, las características que se deben tener con base en lo establecido por la sociedad y cultura; y la identidad social actual, las características demostrables o reales. Es la discrepancia entre estas identidades lo que genera el estigma.

En cuanto al concepto de prejuicio, se rescata la definición de Del Olmo (2005) “Una idea formada antes de un juicio [...] una idea asumida [...] adquirida de otras personas, que no ha sido construida a partir de una experiencia personal” (p. 14) Esto es, aceptar ideas o creencias que otras personas, o grupo de personas, tienen sobre algo, y aceptarlo sin saber realmente si

es verdad o no. Finalmente, los estereotipos, como vimos anteriormente, son un conjunto de ideas que se les atribuyen a un grupo de personas, generalmente estas también se adquieren a través de otras personas. (Del Olmo, 2005).

Siguiendo los anteriores conceptos, se puede concluir que, en la sociedad, se asume que existe un tipo de “normalidad”, es decir, no se supone que tengas una enfermedad o trastorno, eventualmente, se comienzan a difundir y crear ciertas ideas con respecto a cómo son estas personas, por ejemplo, que alguien con autismo no puede tener ni expresar emociones (Redacción Conecta, 2020) o que el TDAH solamente lo tienen los niños, no las niñas (Cornwell, 2023).

Lo anterior tiene como resultado que, quienes salen de esos parámetros de normalidad impuestos, reciban un castigo social, como rechazo, violencia o discriminación. Mascayano Tapia, Lips Castro et al, escriben respecto a las secuelas que estos actos pueden tener en el ámbito de la salud mental: “Es frecuente que presenten un bajo nivel de autoestima y menor calidad de vida, además de baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus redes sociales.” (p. 53) Se observa que existen consecuencias en el aspecto personal, en su salud mental, como se perciben, que piensan y sienten sobre ellas mismas, el rechazo que sienten por parte de otras y otros, aunado al contexto en el que se encuentren, puede provocar que sus enfermedades o trastornos se agraven o sean más complicados de tratar, incluso pueden generarles otros, depresión, por ejemplo.

Pero no solo es eso, también puede, y regularmente pasa, afectar en sus oportunidades “frecuentemente, dichas personas no pueden acceder a espacios laborales o educativos normalizados, ni tampoco pueden establecer relaciones de amistad o de pareja.” (Mascayano Tapia, Lips Castro, et al, 2015, 53). Las falsas ideas que se tienen, y erróneamente se siguen reproduciendo, sobre una persona (o grupo de personas) con alguna enfermedad o trastorno en

su salud mental, influyen en la forma en como se le trata, se les limitan puestos de trabajo, acceso a educación, que son derechos humanos, por lo que se termina afectando su calidad de vida.

A la larga, no solo puede ser un problema al momento de seguir un tratamiento o realizar un diagnóstico, influye en el hecho de que se busque la ayuda en un principio, es decir, si las personas son conscientes de las ideas que se tienen respecto a alguien que asiste a terapia o con alguna persona profesional en los temas de salud mental, y la forma en la que sufren discriminación, rechazo y violencia, ellas no querrán buscar ese apoyo, porque no quieren vivir este tipo de situaciones, ya que muchas veces, este estigma no será solo por parte de su comunidad o instituciones, será algo que también reciban por parte de su familia o amistades.

Existen tantos estigmas como enfermedades y trastornos en la salud mental, por lo que no se ahondara más al respecto, ya que lo importante de este rubro es rescatar que el buscar ayuda no es algo sencillo en muchos contextos, tanto por los estigmas antes mencionados, como por el acceso a los servicios de salud y el tipo y cantidad de recursos económicos que se tengan, pues en el sector privado las terapias, medicinas o ayuda profesional puede ser costoso, y el sector público puede carecer de legitimidad en la población.

Para finalizar, se hace un señalamiento sobre cómo en este aspecto también puede, y debería, entrar el trabajo social, ya que, como agentes de cambio, se puede realizar una intervención enfocada en erradicar estos estigmas en la población, buscando informarlas y desarrollando una educación integral, tanto para una comunidad, institución, familia o de forma personal. También brindar apoyo u orientación a quienes hayan sufrido de discriminación y violencia, de forma que esto no vuelva a ocurrir.

Situado lo anterior, se prosigue con el siguiente subtema, el cual, en conjunto con todo lo escrito sobre salud mental, serán base para el análisis del presente trabajo.

2.3 Antropología feminista

La antropología es, una disciplina que, debido a su carácter de estudios diversos, puede tener muchas definiciones. Dentro de este trabajo se rescata, en principio, las colocadas por Vargas (1991) sobre la denominada antropología aplicada a la medicina o antropología médica, el autor explica que esta:

Utiliza para su estudio al modelo bio-psico-social que también se ha arraigado en la medicina [...] parte de una visión integral de la persona [...] además incluye la interacción de la persona a través del tiempo y el espacio, con el ambiente, al que divide en físico, biológico y humano social (p. 3)

A raíz de lo anterior, es que se desarrolla un proceso biocultural salud-enfermedad-atención, es decir, no se niega el componente biológico de una enfermedad o trastorno, sino que también se busca tener en cuenta la característica humana de poder modificarlo a través de procesos socioculturales.

Por otra parte, debido a su complejidad, el autor Sánchez J. O. (2014), señala que esta se divide en cuatro principales ramas: antropología biológica o física, encargada de analizar la evolución y, como su nombre lo dice, las bases biológicas de la conducta; arqueología, que estudia los vestigios materiales de las diferentes culturas, con el objetivo de conocer el pasado de la humanidad; antropología lingüística, analiza las diferentes lenguas habladas, su origen y cómo estas se ven influidas por la cultura o ellas influyen en ella; y, antropología cultural o social: “realiza un estudio comparado de las distintas sociedades humanas... estilos de vida, prácticas, costumbres, tradiciones, instituciones, conductas estereotipadas, pautas, normas y códigos de conducta del pasado y el presente.” (p. 6).

Otra de las formas de definir esta ciencia, específicamente la rama de la antropología social, que es la que más concierne a esta investigación, es colocada por Harris M. (2001), que

escribe que esta “Se ocupa de la descripción y análisis de las culturas -las tradiciones socialmente aprendidas- del pasado y el presente. La comparación de culturas proporciona la base para hipótesis y teorías sobre las causas de los estilos humanos de vida.” (p. 14). Como se puede ver, la antropología investiga y le atañen diferentes aspectos de la humanidad, principalmente el cultural, y como ambos conceptos colocan, lo que busca es poder entenderlos y proporcionarles un significado.

Rescatando lo anterior, se puede entender la importancia de la antropología en diferentes áreas de estudio, sin embargo, como muchas ciencias creadas y desarrolladas por hombres (debido, principalmente, a no permitir que las mujeres participen), tienen ciertos obstáculos. Uno de ellos lo explica la autora Méndez L. (2008), ella escribe:

Si bien es cierto que en castellano Hombre es un genérico que abarca dos sexos, el masculino y el femenino, no lo es menos que cuando disciplinas científico-sociales como la antropología piensan e investigan sobre el Hombre, erigen como referente de la especie humana al varón, y no a la mujer. Una de las consecuencias de este hecho es que, desde mediados del siglo XIX, las ciencias sociales y humanas producen conocimientos centrados en lo que los varones hacen, dicen y piensan. (p.19)

Aquí se abre una directriz para enfatizar sobre qué es el androcentrismo y su influencia en la vida de las mujeres, primero, específicamente se puede definir como “El hombre como medida de todas las cosas.” (Sau, 2000, 45) esto no solo se reproduce en la ciencia, también se convierte en una situación cultural y sistemática, que eventualmente ha afectado la psique de las mujeres, Pisano (2001) escribe:

Ningún hombre vive la experiencia que tiene una mujer cuando se adentra en el mundo del pensamiento, cuando va en búsqueda del saber, de los que pensaron y crearon [...] Toda mujer, en esta búsqueda, se encuentra desde le inicio no sólo con la exclusión, sino

con el insulto, la descalificación y la humillación profunda de deslegitimación de nuestra condición humana. (p. 39)

Todas estas ideas, no son algo que se tiene que decir implícitamente, se demuestran en acciones, en los medios de comunicación, en la cultura, en el lenguaje. Desde niñas la sociedad nos dice que solo hay ciertos espacios a los que pertenecemos, siendo este el hogar, por lo que no podemos, ni debemos querer, entrar a otros. Y esto es algo observable, por ejemplo, en el área de las ciencias, actualmente a nivel mundial, las mujeres forman solo el 30% de las personas investigadores (UNESCO, 2021), esto es resultado de lo anterior, de que las mujeres piensen que no pueden ser científicas, porque es algo de lo que no tienen referencia, siendo casi siempre los hombres los que son mencionados al momento de hablar de los logros en diversos ámbitos de la investigación.

Además, también se debe hacer hincapié en que, no es que las mujeres recién estén desarrollando conocimiento, siempre lo han hecho, pero justo, debido al androcentrismo, sus investigaciones y descubrimientos fueron relegados, o robados, por los hombres, porque no era posible que ellas fueran capaces de desarrollar ese tipo de información.

Pero, no solo es en esta área, es en casi todos los ámbitos, el trabajo, la familia, la escuela, la política. Se nos ha dicho que nosotras no podemos ocupar esos lugares, que no somos capaces, y eventualmente, son discursos que las mujeres creen, por lo que ellas no tratan de acceder a esos lugares. Es necesario un cambio crítico para que ellas, y los hombres también, que las capacidades no están relacionadas con el sexo.

Como se puede rescatar de lo anterior, la antropología, así como muchas otras ciencias y disciplinas, es androcéntrica, o sea, colocan al hombre-masculino-blanco, como el centro del universo y como referencia para todo lo que le rodea, por lo que no toma en cuenta otras realidades o la interseccionalidad que las personas tienen, su sexo, etnia, género. En el área de

la salud, se tiene como principal persona de estudio a los hombres blancos como referentes de cómo se vive una enfermedad, cuáles son los síntomas o cómo se puede prevenir. Ignorando por completo que la diversidad y multiculturalidad que posee una persona pueden alterar estos resultados.

Es justamente por los anteriores planteamientos, que, desde la rama de la antropología social o cultural, se genera la antropología feminista, Castañeda (2006), la define como: "...estudio profundo, crítico y propositivo de una forma particular de la experiencia humana: la de ser mujer." (p.37). Destaca que, en primera instancia, se comenzó por reconocer que la disciplina tuvo siempre un carácter androcéntrico, esto es, colocando al hombre (sexo) como medida hegemónica, y, a partir de ello, es que se comenzó también a notar otros problemas en lo teórico, metodológico y epistemológico, como el sexismo, clasismo, colonialismo, racismo y etnocentrismo.

Otra forma de explicar este enfoque disciplinar es con lo escrito por Castañeda y Gregorio (2012): "Entendemos la antropología feminista como un enfoque crítico y cuestionador de la disciplina, que acuñando teorías y prácticas feministas vindica la generación de nuevos conocimientos no androcéntricos ni heterosexistas sobre la experiencia humana." (p. 9)

De igual forma, la autora Moore (2009), sustenta lo anterior con el siguiente planteamiento:

La crítica feminista en antropología social... surgió de la inquietud suscitada por la poca atención que la disciplina prestaba a la mujer. Ante lo ambiguo del tratamiento que la antropología social ha dispensado siempre a la mujer, no resulta fácil, sin embargo, dilucidar la historia de esta inquietud... El principal problema no era, pues, de orden empírico, sino más bien de representación. (p. 13)

Es por lo anterior que surge la antropología feminista, como una nueva forma de visibilizar a la mujer y de entenderla, no con base en los hombres, sino como un propio ente, analizar la forma en que ellas se han desarrollado con base en la cultura, las tradiciones, los roles y saber cómo esto se ha ido modificando a lo largo de la historia, pero también reconocer que no hay una sola manera en que se debe ser mujer, que esto varía conforme al contexto en que se encuentre y que es necesario dejar de verlas como inferiores a los hombres y lo masculino.

Históricamente, su principal base teórica surge a partir de la publicación de *El Segundo Sexo* por Simone de Beauvoir en 1949, pues es donde se coloca que el ser mujer, esto es, los atributos que se le asignaban a este sexo eran una construcción social, no algo natural como se seguía creyendo. Sin embargo, fue hasta la segunda ola del feminismo, aproximadamente a finales de los años sesenta, que comienza propiamente su desarrollo en diversas partes del mundo. En Francia, por ejemplo, están las publicaciones de las autoras Cixous, Irigaray y Kristeva, las cuales, con el tiempo, se expanden por el resto de Europa (Méndez, 2008).

Mientras, en América, la Méndez (2008), señala “Las antropólogas estadounidenses son las primeras que, a principios de los setenta, empiezan a dar cursos y conferencias sobre la mujer en distintas universidades. Cursos y conferencias que dan lugar a las primeras publicaciones colectivas de la antropología feminista.” (p. 101)

Estos no son los únicos nombres influyentes en el tema, están también Margaret Mead, cuyo estudio se revisó en subtemas anteriores; Ruth Benedict, reconocida por sus investigaciones con personas nativas americanas (Zuñi, Dobu y Kwakiutl), trabajos enfocados en señalar que la cultura está intrínsecamente relacionada con el desarrollo de la individualidad y cuyos resultados fueron colocados en su libro *Patterns of Culture* en 1934. También se encuentra Hortense Powdermaker, cuya investigación, publicada en su libro *After Freedom*, fue uno de los primeros en enfocarse en la cultura americana moderna, analizando tanto a personas blancas

como negras, convirtiéndose en uno de los primeros en hacerlo (debido a las leyes de segregación racial en el país).

Es necesario colocar lo anterior, para poder ofrecer un panorama amplio sobre cómo comenzó la antropología feminista, y quienes fueron las pioneras en colocar el tema en la comunidad científicas, siendo ellas mismas sujetas de esta forma de ver el mundo. Ahora se procede a explicar qué compone este tipo de análisis.

Específicamente, la antropología feminista propone que se deje de ver a las mujeres como “lo otro”, sino que sus experiencias sean reconocidas, de hecho, las coloca como centro de todo aquello que quieran analizar, son las sujetas de estudio, además, pretende restablecer todo, o la mayor parte, de lo que antes ya se ha colocado como “universal” o “del hombre”, es decir, que, no solo busca crear nuevas teorías y metodologías, sino que pretende desmontar las que ya estaban colocadas y señaladas como verdades absolutas. Castañeda (2006) escribe que, en el trabajo de campo, se destacan cuatro situaciones:

- Los informantes, que antes eran hombres, se reemplazan por mujeres.
- Se seleccionan temas específicos de las experiencias de las mujeres que sólo pueden ser analizados a través de ellas mismas.
- Se reconocen las interacciones entre las mujeres en la investigación empírica.
- Se desmontan posturas esencialistas relacionadas con las identidades de género.

Cada una de estas situaciones, ayuda a que los estudios tengan una nueva perspectiva, no solo para poder analizar de forma más completa como los diversos fenómenos afectan a las mujeres de una forma diferente, sino incluso son esenciales para entender, a detalle, la vida social humana. (Barfield, 2000).

Lo anterior nos explica que la antropología feminista desarrolló su propia epistemología, es decir, como produce el conocimiento, en primer lugar, coloca como sujeta de estudio a las

mujeres, destacando que, aunque comparten una condición de género, son atravesadas por otras características (situación económica, etnia, clase social, entre otras), lo que hace que sus situaciones sean diferentes, erradicando las ideas androcentristas que ponen al hombre blanco como referente de todo.

Otra característica, necesariamente practicada por todas las científicas, es realizar un trabajo de campo, hablar directamente con las mujeres en las que se enfoca su investigación, debido a que, en la antropología, se considera como el primer paso para producir conocimiento. Además, se está volviendo común que estos estudios sean llevados a cabo dentro de los grupos a los que la investigadora pertenece, ya no se ven como algo ajena, sino como parte del todo. (Castañeda, 2020)

Otra cuestión que rescata Castañeda sobre la etnografía feminista es como esta coloca el aspecto del género como una cuestión necesaria durante cualquier investigación:

En el campo de la antropología feminista es relevante identificar quién conoce, cómo conoce, con quién, por qué y para qué conoce. Formular esas preguntas y responderlas refrenda la vocación científica de la antropología y rehumaniza a la disciplina, pues se parte del sujeto cognoscente para comprender los alcances y limitaciones de lo que conoce, pero, sobre todo, para reconocer que lo hace siempre dentro de contextos de interacción constante con quienes le interpelan en tanto son también sujetos de conocimiento. (p. 73)

En pocas palabras, el fin último es aplicar procedimientos metodológicos que describan, analicen, cataloguen y teoricen con el objetivo de obtener respuestas que guían a un cambio en el orden social, creando a la par, conocimientos nuevos.

Como se mencionó anteriormente, el área de la salud mental se ha visto, prácticamente desde sus inicios, dominada por los hombres, por lo que el conocimiento que se tiene con

respecto a enfermedades o trastornos suele a estar enfocado en ellos, en que síntomas y/o padecimientos presentan, dejando de lado otras experiencias que no encajen con esas características, en este caso, ser mujer. Gradualmente esto se ha visto modificando, los estudios tienen en cuenta las diversidades que pueden afectar o modificar los resultados, sexo, etnia, entre otros.

Por otro lado, es necesario especificar que, el contexto de la pandemia y la cuarentena por COVID-19, los estudios sobre las afectaciones que tuvieron en la salud mental comienzan a realizarse, aunque si se han hecho de forma específica, es decir, hay diversos estudios que buscan conocer las diferentes afectaciones entre mujeres y hombres. Ahora bien, muchos de ellos son de corte cuantitativo (como puede notarse en las investigaciones rescatadas en los antecedentes) por lo que solo se enfocan en ver a las mujeres como números, siendo insuficientes los que rescatan su experiencia sociocultural y padecimientos.

Dentro de esta investigación, se utiliza la antropología feminista como guía para poder realizar un análisis de las afectaciones que la pandemia y cuarentena por COVID-19 causaron en las mujeres, debido a cómo las coloca a ellas como sujetas de estudio, conocer, desde sus experiencias, cómo vivieron estos diferentes procesos durante el periodo de confinamiento y la cuarentena, de qué manera su condición de género y los constructos sociales que se le asignan por su sexo, aunado a otras características que cada una pueda poseer, como economía, etnia, clase social, edad, ocupación, influyeron en esto.

Las mujeres son consideradas desde su complejidad, donde no sólo importa su condición individual, sino el contexto que les rodea, es decir, como ellas actuaron y se sintieron durante estos momentos, pero también cómo se comportó su comunidad, buscando encontrar las similitudes y diferencias entre cada una, con el fin de ser un precedente para una intervención acorde a sus necesidades.

Ellas comparten, personalmente, sus experiencias y el significado que le dieron a los diversos procesos que a travesaron durante la pandemia y la cuarentena, las emociones y sentimientos que tuvieron y el por qué, ellas mismas pueden y reconocen lo que las produce, y no se debe minimizar o ignorar este conocimiento.

También hablan sobre las consecuencias que la enfermedad de COVID-19 tuvo en sus vidas, ya fuera porque ellas mismas estuvieron contagiadas, o porque alguien de las personas con las que cohabitaba la tuvo; también hablan de cómo en su colonia y comunidad, se vivieron estas etapas, pues también esto afecta el cómo ellas las vivieron, qué cosas pensaban o podían hacer, los sentimientos que tenían, por ejemplo, preocuparse más por contagiarse si la gente no acataba las medidas de salud, o apoyo por cómo las vecinas y los vecinos se organizaron y apoyaron.

Son ellas las dueñas y productoras de su propio conocimiento, especialmente el relacionado a su salud mental, ya no se busca dejarlas de lado, como se hacía (aún se hace) en otras épocas, por esto es que ellas mismas son quienes deben compartirlo y brindarle un significado. Deben colocarse en los espacios ocupados por los hombres, pues sus vivencias son parte del debate que, es necesario, se comience en cada espacio encargado de producir conocimiento, de forma que este sea cuestionado con el propósito de mejorarlo y dejar que sea heterocentrista.

Para continuar con esta subcategoría, y una vez explicado qué es la antropología, se procede a explicar como esta se puede relacionar con los problemas de salud.

2.4 Antropología aplicada a la atención de los problemas de salud

En el subtema anterior se brindó una explicación con respecto a qué es la antropología, cuáles son sus bases y cuál es, específicamente, su campo de estudio; esto es de vital importancia para poder entender el siguiente subtema. Para comenzar, se coloca al autor Vargas

L. (2006), quien, en primera instancia, coloca que existe en las enfermedades existe un proceso complejo, pues no solo se trata de la parte física, sino de algo biocultural donde está la salud-enfermedad-atención, incluso habla del término antropología médica.

Vargas también explica que una de las aportaciones de la antropología a la medicina es “la comprensión del papel de la cultura en la percepción que se tiene del propio cuerpo y de sus cambios vinculados con el proceso de salud-enfermedad” (Vargas, 2006, 80), es decir, el cómo se construye la enfermedad dependerá de cada contexto sociocultural y todas deben ser consideradas válidas. Derivado de esto, estipula la necesidad de que la medicina se coloque dentro de los contextos interculturales, que el proceso médico se lleve a cabo de una forma completa, beneficiando a la o el paciente al tener en cuenta su entorno, de forma que se pueda entender el cómo vive la enfermedad y poder darle un diagnóstico y tratamiento acorde a esto.

Otro concepto que se rescata es del de medicalización, que hace referencia a:

El proceso por el cual las condiciones, procesos o estados emocionales, tradicionalmente considerados no médicos (incluso procesos normales, como embarazo y parto) son redefinidos y tratados como problemas médicos que requieren -e incluso pueden verse dominados por- atención médica especializada. Incluye la invención de terminología que describe lo que anteriormente se consideraba aspectos cotidianos de la vida, aliados de la creación de especialidades y regímenes terapéuticos para prevenir y tratar las enfermedades inventadas. (Porta, M. y Last, J. M., 2018, 794-795)

Específicamente en las mujeres, se realiza con una intención de control y subordinación “desarrollando roles socialmente desvalorizados y soportando condiciones de vida más precarias, discriminación y violencias, que, al expresarse en síntomas, se diagnostican frecuentemente como patológicas” (Bacigalupe, J., González-Rábago, Y. y Jiménez-Carrillo, M., 2022, 3), es decir, como consecuencia de la invisibilización de las diversas experiencias de las

mujeres, del machismos, androcentrismo y el patriarcado, cualquier comportamiento considerado fuera de la norma, se considera una enfermedad o un trastorno que debe ser arreglado. Aunado a lo anterior, también está el, generalmente, patologizar las características consideradas femeninas (sensibilidad, vulnerabilidad, emocionalidad). A pesar de lo anterior, también se destaca que, algunas veces, las mujeres necesitan de esta medicalización y de tener un diagnóstico para tener una justificación para descansar de sus responsabilidades por un periodo de tiempo. (Bacigalupe, J., González-Rábago, Y. y Jiménez-Carrillo, M., 2022)

Aunque ambas, la antropología y la medicina tienen en consideración el ambiente de la persona afectada para poder entender la enfermedad, sin embargo, la primera lo hace de una forma más profunda y completa. Es en esta parte donde se habla del *yo simbólico*, es decir, como las personas se perciben a sí mismas y mediante el cual rigen su conducta.

De igual forma que se ha colocado con anterioridad, en esta parte se habla sobre como la cultura influye en como las personas se perciben a sí mismas, su cuerpo y los cambios que este pueda tener por su afectación, por lo mismo, es que se señala la importancia de la interculturalidad, es decir, que hay diversidad de culturas, cada una con sus propias ideas, tradiciones, conocimientos y creencias; y no todas las personas pertenecen a la misma; aunque es un error común, que en la biomedicina, especialmente la occidental, se crea que, justamente esta cultura occidental, es la única que es válida al momento de tratar alguna enfermedad o afectación.

Con todo lo anterior, se puede llegar a la conclusión de que las afectaciones y enfermedades, por supuesto, son una cuestión física, pero no se tiene que quedar en eso, en que el personal médico atiende a una persona, la diagnostique con base en sus síntomas y le dé un tratamiento; los mismos pasos una y otra vez, con cada una y uno de quienes asisten a su consulta. Se trata de hablar de la construcción individual de quien está viviendo estos malestares. Aquí conviene hacer un paréntesis para enfatizar que, justamente estos enfoques humanistas

contribuyen, entre otros aspectos, a no ver a la salud mental desde un punto de vista biomédico, en donde se le da prioridad a la medicalización, sin considerar el entorno sociocultural de las personas que tienen y viven afectaciones en este ámbito de su vida. La atención siempre debe ser integral y humanista.

Es también entender que, a pesar de que, de forma general, cada problema de salud tiene sus síntomas específicos, ejemplo es el catarro, que produce nariz tapada, tos, fiebre o dolor de cuerpo. Pero cada persona tendrá una respuesta diferente, ya sea por una cuestión física, genética o biomédica. Por otra parte, estas sintomatologías no son lo único en lo que se debe centrar, en solo ver la enfermedad y no a las personas desde todos los aspectos posibles.

Lo anterior mediante las herramientas que la antropología ha brindado desde sus inicios: etnografía e investigaciones de campo donde se hable con la persona sobre su entorno, qué significado le da a su enfermedad, qué opina su familia o comunidad con respecto a ella, qué padecimientos tiene, qué es lo que piensa sobre esta afectación, qué métodos o alternativas a utilizado como tratamiento. Estas entrevistas deberían ser antes, durante y después, es decir, en todo momento que la o el paciente asistan a su consulta.

De forma que al final se ofrezca un servicio de calidad y calidez, donde se trata a la persona como un ser humano y no sólo un número más, o donde lo único que importa es la enfermedad y cómo tratar esta.

En la salud mental, es importante que se aplique este enfoque, debido a que, muchas veces, no hay una educación con respecto a la prevención o cuidado de este aspecto de la salud de las personas, por lo que es probable que las personas no acudan a recibir una diagnóstico, por otra parte, al ser cuestiones que no son visibles, puede llegar a ser complicado encontrar el origen o qué es lo que está pasando (sin realizar algún estudio, y aun así, hay afectaciones que no se pueden ver de forma física); aquí se debe confiar plenamente en lo que la o el paciente

está contando, por lo mismo, se debe tener siempre en cuenta en qué contexto está ubicada esta persona, de forma que se le ofrezca el tratamiento más adecuado a su situación social, económica, familiar y comunitaria.

Dentro de esta investigación, se hace uso de esta perspectiva humanista, colocando, en primera instancia, la forma en que las mujeres experimentaron y percibieron las afectaciones que la pandemia y cuarentena por COVID-19 les provocaron, incluso el hecho mismo de que tuvieran afectaciones. Además, desde un principio se reconoce que, a pesar de que todas se encuentran en una misma situación, viviendo las afectaciones que la pandemia y cuarentena por COVID-19, existen diferencias en estas vivencias y experiencias, en la respuesta de su familia, sus amistades y su comunidad. Por tanto, se da a todas y cada una de estas, la misma importancia.

2.4.1 El padecer y la salud mental

Para comenzar a explicar este subtema, primero tenemos que colocar qué es un padecimiento, siendo este un concepto complejo, para este trabajo es importante porque con él se tendrá la base sobre la que se está analizando, lo que las mujeres compartieron en sus entrevistas.

El Diccionario de Antropología (2000) coloca que padecimiento “Se refiere a las percepciones y la experiencia vivida de enfermedad de una persona, es decir un estado socialmente devaluado, que incluye la enfermedad, pero no se limita a ella.” (p. 389). Algo que es importante aclarar, y que justo este libro recalca, es que hay una diferencia grande entre enfermedad y padecer, siendo la primera un fenómeno biológico, y la segunda haciendo hincapié en las dimensiones sociales y psicológicas. (Barfield, 2000)

En la antropología médica americana, donde se especifica que hay una diferencia entre enfermedad (disease) y padecimiento (illness), el primero se puede definir como un fenómeno natural y fisiopatológico, es, de alguna forma, objetivo, pues son los síntomas que se presentan;

por lo que estas palabras no deben ser usadas como sinónimos. Por otro lado, Kleinman (2020), un exponente de esta área coloca que el padecimiento:

Se encarna en una trayectoria de vida, enmarcada en un mundo de vida concreto. Actuando como una esponja, el padecimiento absorbe el significado personal y social del mundo de la persona enferma. A diferencia de los significados culturales del padecimiento, que tienen importancia para la persona enferma, este tipo de significado transfiere el significado vital de la persona hasta la experiencia de la enfermedad. (p.51)

En México, un pionero de la definición es el autor Fernando Martínez (1995) el señala que el padecimiento “se construye en el momento en que la o el paciente le explica a su médica o médico, mediante su lenguaje verbal y corporal, lo que siente, qué sufre, qué le preocupa, lo que padece y qué es lo que pide” (p.60). Además, coloca que en este intercambio se rescatan “expresiones e impresiones, descripciones de dolores y otras molestias, así como las muy personales interpretaciones que de ellas hace la o el paciente” (p. 60).

Como se puede observar con los conceptos anteriores, aunque de forma popular, el término se suele usar al hablar de medicina biomédica, es en sí, cómo la persona con la afectación la vive, percibe, qué le significa; no sólo se trata de los síntomas físicos que produce una enfermedad o afectación, es también la forma de expresarlo y vivirlo es exclusivamente una cuestión de la persona que lo presenta, por lo que se ve fuertemente influenciado por el contexto y experiencias que esta tenga, algo que para una quizá pueda ser un dolor físico muy fuerte e incluso incapacitante, para otra no lo es tanto o una puede verse físicamente afectada por emociones muy fuertes mientras que para otra sólo se queda en lo emocional.

Muchas veces, los padecimientos no son tratados con la seriedad o la importancia que debería, debido justamente a que son cuestiones subjetivas que cada persona vive y expresa de forma diferente, al respecto, Martínez (1995) estipula:

Lo que ese cuerpo es para mí, de cómo a lo largo de mi vida he aprendido a percibirlo, a sentirlo, a interpretarlo; del aprendizaje en carne propia, pero también del aprendizaje al haber vivido de cerca los problemas de familiares y amigas o amigos; del aprendizaje obtenido en lecturas, en el teatro, el cine o la televisión. (p. 73)

Como se puede leer, los padecimientos tienen que ver directamente con el entorno, son construcciones con base en lo que han vivido y lo que conocen, no son cuestiones al azar o cosas que se inventan, no es un conocimiento sin fundamentos, por eso la importancia de tenerlos en cuenta al momento de querer analizar la salud de las personas, especialmente cuando se trata de la salud mental, pues a diferencia de la física, donde quizá se podrían observar directamente un problema, en esta se debe prestar atención a cómo las personas expresan lo que viven.

Considerando lo anterior, dentro del trabajo social, puede, y debe, existir una mirada que rescate los padeceres que experimenta una persona al tener una enfermedad o trastorno, esto desde un modelo sociocultural “entendiendo que en el cuerpo se ligan procesos bioquímicos con los significados culturales y personales que fundamentan dicha experiencia” (Monroy López, 2017, p. 3). El conocimiento de esta disciplina, específicamente en el ámbito de la medicina, no puede quedarse solamente en lo teórico, es necesario que recolecte las vivencias personales de las y los pacientes.

Debido a sus características, el trabajo social logra tener, en el ámbito de la medicina, un enfoque cualitativo en el conocimiento científico de las cuestiones socioculturales, Monroy López (2017), señala que estas “dirigen la percepción, la vivencia, la concepción, la explicación y afrontamiento de las personas en su trayectoria: salud-enfermedad-atención” (p. 17). Por eso la importancia de que esta disciplina continúe modificando y especificando las teorías y metodologías, no solo con base en los contextos históricos y sociales, sino humanizando a las y

los pacientes y enfocando su intervención en ellas y ellos y no sólo en sus enfermedades o trastornos mentales.

Aunado a lo anterior, también es importante reconocer esta diferencia de experiencias sin restarle importancia a ninguna ni suponer que es menos o más grave que otras, tampoco juzgar la forma en que enfrentan estas situaciones, lo principal es entender el por qué. Aquí también se rescata el concepto de experiencias, pues es de suma importancia para entender lo que las mujeres vivieron durante la pandemia y la cuarentena por COVID-19. Esta palabra tiene diversos tintes, dependiendo de quién la utilice, aunque los diversos significados tienen semejanzas, por ejemplo, Teresa de Lauretis (1992) explica:

Proceso por el cual se construye la subjetividad de todos los seres sociales. A través de ese proceso uno se coloca a sí mismo o se ve colocado en una realidad social, y con ello percibe y aprehende como algo subjetivo (referido a uno mismo u originado de él) esas relaciones -materiales, económicas e interpersonales- que son de hecho sociales, y en perspectiva más amplia, históricas. (p. 253)

Una de las cosas que se destacan de la autora es que considera a las personas como fuentes confiables de conocimiento, especialmente porque este se obtiene por la experiencia. Pero, existe una subjetividad en lo que dicen, es decir, todo es desde su perspectiva, por lo de que no es algo totalmente objetivo, ya que involucra su contexto social, con quien vive, con quien se relaciona, que piensa, cuáles son las instituciones que le rigen.

Dentro del ámbito de la salud mental, cada persona puede vivir una misma situación de forma diferente, a lo que también le brinda su propio significado personal. No se niega que, como toda afectación médica, las personas presentan síntomas parecidos, como falta de ánimos, dolor en el cuerpo, tener sentimientos de tristeza, enojo o miedo, pero, como se ha visto desde

anteriores subcapítulos, estos van a variar dependiendo del sexo, la etnia, la edad, entre otros. Cuestión que muchas veces no es tomada en cuenta.

Por otra parte, está el hecho de que los tratamientos no funcionan siempre de la misma manera para todas las personas, especialmente los que requieren medicamentos, hay veces que estos tienen consecuencias en su salud física, que eventualmente llevan a dejar de utilizarlo, también están las personas que, justo por cuestiones culturales o sociales, no consideran que su diagnóstico sea correcto, por lo que no suelen seguir las recomendaciones o tratamientos sugeridos.

Como se menciona anteriormente, todo lo que las mujeres vivieron durante la pandemia por COVID-19 y la posterior cuarentena tuvo que ver directamente con el entorno en el que se desarrollaron, no sólo en ese momento, sino en su vida en general, al ser una investigación cualitativa, el análisis se basa principalmente en lo que las participantes compartieron haber experimentado y observado durante esta crisis, es esto el eje principal del trabajo, todo es desde su punto de vista, desde su cuerpo, desde su persona. Destacando también que, incluso en una misma cultura y sociedad, hay diferencias en cómo se experimentan las cosas. Todas estas vivencias tienen una base que las sustenta, que explica por qué pasaron y, sobre todo, que evita minimizarlas o restarles la importancia que tienen.

Colocado lo anterior, se procede a dar en análisis de los resultados encontrados, empezando por las principales afectaciones que las mujeres tuvieron en su salud mental, derivado de la pandemia por COVID-19 y la posterior cuarentena.

Capítulo III. Principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivadas del confinamiento y durante la pandemia de COVID-19

La pandemia por COVID-19 que ocurrió, y aún se mantiene, alrededor del mundo, comenzó cuando se notificó el primer caso de una persona con el virus en Wuhan, China a finales de 2019; a partir de ahí comenzaron a registrarse más casos alrededor del mundo, por lo que en enero de 2020 la OMS la decreta como una emergencia de salud pública a nivel internacional. Esta pandemia dejó diversas afectaciones en la salud de las personas, siendo las más evidentes las de salud física, como el daño en pulmones, cansancio, fatiga general, dificultad para concentrarse o dolores en diferentes partes del cuerpo. (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021).

Sin embargo, también hubo afectaciones en la salud mental de las personas, pero debido a que aún es un tema al que no se le enfoca la suficiente atención, pues no se considera importante en comparación con las afectaciones fisiológicas de la pandemia, la atención a estas ha pasado desapercibidas, lo que crea el problema de que existen menos formas de tratar con estas cuestiones o darles una atención integral.

La salud mental es tan importante como la física, es por esto la necesidad de hacer estudios e investigaciones de cómo esta se vio afectada por la pandemia y la cuarentena, para, poder realizar una atención óptima, entendiendo el problema, es cómo se puede estructurar una intervención adecuada. Estos deben realizarse con perspectiva de género y/o enfoque feminista, pues la forma en que afectaron a mujeres y hombres fue diferente, debido a los roles y estereotipos de género que se espera cada una y uno realice.

Para ello, en este capítulo se abordarán tres diferentes subcategorías de análisis: primero las vivencias de las mujeres durante la pandemia por COVID-19, donde se describirá respecto a diversas situaciones vividas por ellas y cómo estas les afectaron en el aspecto emocional e incluso físico, cómo la pandemia y cuarentena afectaron sus actividades diarias y laborales y

cuál fue el desarrollo con su familia y amistades debido a la modificación del estilo de vida; buscando también darle una explicación de por qué sus experiencias son diferentes debido específicamente a su condición de mujer.

La segunda subcategoría de análisis es: afectaciones en las redes de apoyo sociales por la cuarentena y la pandemia, en esta se abordarán las diferentes redes de apoyo que las mujeres tuvieron durante el periodo de confinamiento y en general, durante la pandemia; cómo estas recibieron apoyo de las personas a su alrededor y cómo se sintieron con esas interacciones, incluso cómo es que buscaron esa ayuda.

Finalmente, la última subcategoría de análisis: experiencias con el COVID-19 y consecuencias provocadas por el mismo, aquí se detallan diversas experiencias que las mujeres tuvieron que afrontar (y cómo lo hicieron) debido al virus, en concreto, si ellas o alguien de su familia se enfermaron e incluso alguna pérdida de algún o alguna familiar. Una vez explicado esto, comenzaremos con la explicación y análisis de las vivencias que las mujeres tuvieron durante la pandemia y cuarentena.

3.1 Vivencias de las mujeres durante la pandemia por COVID-19

La pandemia por COVID-19 dejó diversas secuelas en las personas durante los últimos dos años, ya sea por haber tenido la enfermedad, conocer a alguien que la tuvo, o simplemente por el hecho de vivir las medidas que cada uno de los diversos gobiernos implementó para evitar que esta se siguiera propagando. Estas consecuencias fueron tanto físicas, sociales, económicas, emocionales y/o psicológicas, siendo estas últimas, consideradas no tan relevantes.

Derivado de esto, surge la necesidad de analizar con profundidad las vivencias que las mujeres tuvieron durante la pandemia y el periodo de cuarentena, y cómo estas las hicieron sentir o modificaron sus emociones Burín (1990) nos explica que mientras el conocimiento sobre la salud mental avanzaba, se comienza a “reconocer la necesidad de colocar a las mujeres como

sujetas sociales activas [...] reconoce la salud mental como una noción que sus mismas protagonistas van construyendo en diferentes momentos de su vida". He aquí la importancia de conocer el contexto en el que se están desarrollando, especialmente si en el acontece una crisis que puede modificarle e influir como, a la vez, ellas se desarrollan en él.

No hay que olvidar que, como en todo, también tiene que ver la interseccionalidad, esto es, la pandemia afectó de forma diferente a las personas dependiendo de su clase social, color de piel, etnia, lugar de residencia, trabajo, edad entre otros. por lo que hay un sinfín de análisis que se pueden hacer al respecto. Aunque en este trabajo se analizará exclusivamente la categoría de sexo (como la pandemia y cuarentena afectaron a las mujeres).

Para comenzar, tenemos que hablar de las diversas y específicas experiencias que cada una pasó durante estos periodos, colocando la pandemia como el tiempo que aún continua, donde se implementaron varias medidas de prevención para evitar que el virus se contagiara a más personas y, la cuarentena, como el periodo específico en el que las autoridades colocaron para que las personas se mantuvieran dentro de sus hogares, sólo saliendo por motivos específicos o actividades que no pudieran realizarse vía remota, como ir por víveres, pagar servicios o trabajar, aunque, por supuesto, se debe hacer énfasis en que no todas las personas estaban en igualdad de condiciones, por lo que, aunque algunas pudieron seguir completamente las indicaciones, dependió, en parte, del contexto social y económico, pues hubo personas que tuvieron que seguir asistiendo a trabajo de forma presencial.

En general hubo sentimientos de incertidumbre, pues la información que los medios de comunicación compartían sobre la duración de la pandemia y la cuarentena era inconclusa, no se tenía una fecha aproximada de cuando terminaría, lo que a muchas también les irritó, pues tuvieron que organizar su vida con base en esto, con no saber cuándo podrían salir, qué establecimiento o servicio estaría abierto. Incluso se habla de una especie de limbo, de dejar de

estar atenta a las fechas, sentir que el tiempo no pasaba, tal como lo expresan las siguientes entrevistadas:

Camila³: era siempre el mismo día.

Elisa: ha sido una situación realmente difícil, por cuestiones de que no puede uno salir, se ha alejado uno como quien dice, del mundo, porque no puede uno salir a visitar a la familia a algún cine a algún teatro a algún convivio, no puede uno visitar a nadie, eso es lo que más ha afectado, y pues en todo, el encierro que tiene uno.

Leonor: el dejar de, hasta simplemente de salir y ver un árbol, pues eso ya no lo podías hacer. Igual fue así como si te encarcelaran.

Por otro lado, algunas de las participantes comentaron que, al principio, la cuarentena fue una especie de tiempo libre y de recreación. Esto justamente porque no asumieron que sería un tiempo de encierro tan largo, esto con base en primera información compartida por las autoridades y medios de comunicación, no podían saber la magnitud de la enfermedad, de hecho, incluso podían y algunas lo hicieron, asumir que sería el mismo tiempo y medidas que se utilizaron el país durante la pandemia de influenza A (H1N1) en el año 2009, las cuales consistieron en cancelar clases durante unas semanas y evitar el contacto físico con otras personas, pero no se implementó el uso del cubrebocas obligatorio, cierre de gran cantidad de negocios o la restricción en el aforo de personas en ciertos lugares.

Así mismo, no se sabía el riesgo biológico que tenía el virus, ya que, de nuevo, en su referencia y experiencia con la anterior pandemia en el país, aunque sí hubo una gran cantidad de personas contagiadas, no hubo un número tan alto de muertes o de secuelas al contagiarse, además, fue algo que quedó a nivel nacional, no internacional. Esto nos habla de cómo las

³ Se recuerda que los nombres usados para señalar quién dijo una narrativa, son completamente ficticios, esto con el objetivo de mantener la confidencialidad de las mujeres que aceptaron participar en la investigación.

mujeres se adaptaron al cambio, de cómo siguieron o no las recomendaciones del sector salud; por otra parte, estas alteraciones en la vida cotidiana fueron, en general, de la mano de sentimientos de enojo, irritación o molestia, justamente por el hecho de tener que modificar su estilo de vida. Esto se puede observar en las siguientes afirmaciones dadas por las entrevistadas:

Camila: al principio me molestó y me irritó mucho el hecho de saber que, primero, no sabes cuánto iba a durar esto.

Nancy: bueno, al principio fue como algo que no esperaba que durara tanto, lo tomé como vacaciones.

Nidia: sí estaba muy incrédula, yo dije “¿Qué está pasando?”, empiezo a ver las noticias, se empieza a correr el rumor de que algo estaba aconteciendo, llega el COVID a Bogotá y de ahí, porque venían creo que, del extranjero, bueno, se fue expandiendo.

Por otro lado, al hablar de las actividades cotidianas realizadas durante este periodo de tiempo, algunas señalaron que no hubo un cambio drástico en cómo las realizaban, en general sólo fue añadir la limpieza de los productos que se compraban para consumo de la familia, lavado de ropa más a menudo, desinfectarse las manos al regresar a sus hogares. Inclusive algunas destacan que debido a que todas las personas integrantes de la familia tuvieron que permanecer en cuarentena, al menos un tiempo, estas actividades se repartieron entre todas, como el hacer de comer o hacer labores de limpieza, cosa que antes estaba sólo a cargo de unas pocas.

Lo anterior, aunado al hecho de tener que realizar cualquier actividad afuera de la casa, como ir por víveres, hacer pago o ir a una consulta médica de una forma rápida, a saber, sin tiempo de distracciones o para realizar alguna actividad recreativa; infundo en varias un miedo a contagiarse de COVID-19, pero no sólo por tener la enfermedad, sino por el hecho de poder ser ellas quienes, a la vez, contagiaran a alguien de su familia.

Esto no sólo se queda en ese sentimiento, descrito incluso como terror, sino que viene acompañado de la culpa de ser responsable de que alguien se enferme con consecuencias fatales. Aquí podemos observar que las afectaciones no se quedaron a nivel personal, muchas mujeres evadieron salir de cualquier forma preocupadas por el bienestar de su familia. Tomar cualquier decisión se convirtió en algo para analizar y pensar con detalle, pues salir al cine, a comer con amistades o incluso comprar comida en la calle, podría tener como consecuencia, contraer el virus, lo que también se volvió exhaustivo. Se puede apreciar este sentimiento en los siguientes comentarios de las participantes:

Alexa: pues si tenía un montón de miedo y no quería salir, porque la maestra propuso que, si seguíamos, pero fue así de “Mejor no porque qué tal que alguien se contagia” [...] miedo, preocupación por mi papá, te comento que tiene diabetes, pues si era él, o sea, si yo salía pues sí, alejada así de la gente, porque si me daba miedo que me fuera a contagiar y pues traer el virus aquí a la casa y contagiar a mi papá, a mi hermano y así.

Nidia: yo llegué a la casa y fue así de “Espérenme, me voy a bañar y no toquen mis cosas” mi temor era más contagiar a mi familia que contagiarme a mí misma.

Nancy: pues el miedo a que a lo mejor contagiarme o que mis papás se contagiaran, ese era como que mi mayor miedo.

Quienes podían, evitaron utilizar el transporte público, de forma que tuvieran el menor contacto posible con otras personas, incluso las que sí, destacaban que hacían todo lo posible por estar alejadas de grandes cantidades de gente, no tocar nada y de hacerlo, usar gel antibacterial después. Esto nos señala una ruptura en el tejido social, dejó de haber apoyo, de hecho, había miedo y enojo de quienes no seguían los protocolos, o de quienes no usaban cubrebocas, o quienes mostraban algún síntoma de poder tener una enfermedad respiratoria, como el estornudar o toser.

Hay que señalar que esto también se derivó debido a que, como se mencionó anteriormente, las medidas que el gobierno de México implementó como una forma de evitar que las personas se contagiaran de COVID-19, fueron la sana distancia, cierre de negocios o acciones no presenciales. En este último punto, destacamos que justamente por este último rubro, hubo muchas actividades que tuvieron que realizarse en línea, siendo esto mediante redes sociales o diversas aplicaciones, como Zoom, Facebook o WhatsApp. Esto implicó aprender y desarrollar una nueva forma de relacionarse entre las personas, cuestión que a muchas les costó trabajo implementar en el día a día.

Se habla también del estrés que provocó acostumbrarse a vivir bajo esta nueva modalidad, especialmente las clases en línea, tener que aprender a relacionarse con las personas mediante una pantalla, ya fuera en una clase, trabajo o las mismas amistades. De alguna forma, fue como volver a aprender a socializar, pero para algunas personas, se complicó, sobre todo quienes están acostumbradas a actividades presenciales o conversaciones cara a cara. Es en esta parte donde se destacan los diversos comentarios en los que varias mujeres concordaron lo agotadas que estuvieron al realizar sus actividades vía remota. Esto se puede observar en las siguientes opiniones expresadas durante las entrevistas.

Leonor: no es lo mismo como que ver a alguien en una pantalla a poder verlo, a poder hasta ver sus movimientos o escuchar su ritmo, no sé, no se reemplaza.

Camila: en algún momento se volvió muy pesado porque siento que tomar clases por zoom o bueno, hacer el zoomestre fue muy desgastante.

Nidia: en esta cuestión, al menos como estudiante en ese momento, la virtualidad de plano, al menos para mí, en algún momento se convirtió en un reto, un reto que decía yo “Es que o lo sacas o lo sacas, estás estudiando todavía, no te puedes dar el lujo de perderte una clase, porque al final de cuentas es hacer nada, nada durante el resto del día” [...] Entonces las clases

virtuales para mi fueron una distracción, pero a veces era así como de “Ya no quiero saber nada porque no estoy entendiendo ni aprendiendo nada”.

Como podemos observar, a algunas mujeres hablaron de que, tanto debido a la modalidad en línea, como por el tiempo dentro de sus hogares, sentían que no podían aprender la información que leían o intentaban aprender, incluso que había información que no retenían, por más que la leyeran. Lo que nos habla de un agotamiento mental, ya fuera por las diversas preocupaciones, por ya no poder realizar actividades cotidianas que antes sí o por la situación de la pandemia en general, dejando poco espacio en sus mentes para manejar otro tipo de información.

En esta parte hay que colocar que, con base en el sistema patriarcal en el que nos desarrollamos, las mujeres, por su sexo, viven las cosas de forma diferente que los hombres, es decir, la socialización que se le da a cada una y uno, en general, es muy diferente. Lagarde y de los Ríos nos señala que las mujeres no solo dan su fuerza de trabajo, también colocan *fuerza vital*, abarcando esta sus capacidades emocionales, intelectuales y eróticas, esta fuerza se aplica siempre en otras personas, por lo que en un punto termina siendo agotador. Aunado a esto están los diversos papeles que las mujeres deben cumplir dentro del hogar, como el de madre-esposa, que involucra el cuidado de las infancias o personas adultas, quehaceres domésticos, administración del hogar o el que se realice en el mercado laboral.

Ahora, específicamente en lo emocional, hubo sentimientos y emociones que las mujeres compartieron, algunas se sintieron decaídas por toda la situación del encierro, además, por las dificultades de encontrar o desarrollar un trabajo, el poder obtener recursos. Algunas tuvieron la sensación de sentirse saturadas por las responsabilidades que tenían durante este tiempo, ya fuera cuidar de alguien o tener que ser quienes aportaban el dinero al hogar, fue una carga para ellas, además, en algunos casos, estaba la preocupación y la presión de poder ser despedidas. Aunado a esto, la pandemia y la cuarentena dejaron nuevas responsabilidades para varias

mujeres, ya fuera del tipo económico, realizar algún quehacer doméstico o de otra índole, por lo que esto le añadió nuevas preocupaciones al respecto, esto se destaca en los siguientes testimonios:

Alexa: digamos que mi papá me cargaba mucho la mano, entonces era así de “No, pues es que tú has, tú has”, y pues era como una carga muy pesada para mí, entonces pues básicamente yo hacía todo, yo hacía la limpieza de todo, aunque no quisiera pues lo tenía que hacer, pero toda mal y así, pero pues se tenía que hacer, porque si no pues era el regaño y así, pero pues si fue complicado.

Camila: y yo también veo en mi mamá que, o sea, ella es la cabecera de la familia, y no es lo mismo, o sea, hacerlo como mamá, que quizá como papá, y no sé, al menos yo si como que emocionalmente si me sentía muy saturada, te digo, me sentía muy cansada de ser mujer, y creo que era más por esa sensación de estar tan encerrada en todos los espacios, como en el físico como en el virtual, como vas sintiendo el peso de los mandatos.

Leonor: entonces imagínate vivir con toda esa presión de “Ahora de un trabajo tengo que sacarle al negocio de la mamá, a mantener a dos familias y a parte entrarle económicamente a la mía”, fue un tema tremendo... Psicológicamente yo quedé, pues no dañada, pero la carga que llevé durante algunos meses fue excesiva, si me las vi mal.

En los anteriores testimonios, las mujeres señalaron que tuvieron que realizar diversos trabajos y tareas, ya fueran remuneradas o no. Como mujeres, los roles de género señalan que hay ciertas labores que deben realizarse en los hogares, a estos la autora Bettyány (2015, p.9) los llama trabajo doméstico y es el que “Debe llevarse a cabo todos los días a lo largo de la vida de una persona. Si hay quienes no lo realizan...otras lo hacen por ellas.”, en este ámbito también se le agrega la crianza de las descendencias, las personas adultas mayores o las enfermas;

socialmente estas actividades son relegadas a las mujeres, pues son ellas las que deben, por su sexo, encargarse del cuidado de otras personas.

Por otro lado, también está el trabajo productivo “Realizado dentro de un periodo de tiempo determinado, determinadas horas al día, determinada cantidad de años, variando de acuerdo al modo de producción.” (Betthyány, 2015, p 9). Este generalmente era el que los hombres realizaban, aún en varios lugares los roles de género señalaban que son ellos quienes deben encargarse de llevar los recursos económicos a los hogares, sin embargo, debido al capitalismo, la globalización y al avance en los derechos de las mujeres (aunque con sus limitaciones) también debieron integrarse al campo laboral para poder mantener sus hogares.

De esta forma, se habla de dobles o incluso triples jornadas de trabajo, donde las mujeres tienen que realizar estas actividades domésticas de limpieza y cuidado, aunado al trabajo productivo que les genera una retribución económica (Lagarde y de los Ríos, 2005), por lo que es comprensible que se sientan saturadas de actividades como: limpieza de la casa, hacer comida, quehaceres, ir a pagar servicios y/o trabajar, incluso se puede incluir a quienes se encontraban asistiendo a clases en línea; sin olvidar también que, por la pandemia, existía el miedo de no poder sustentar los gastos del hogar, no podían salir a “despejarse”. Estas jornadas terminan agotando a las mujeres, se cansan de tener estas responsabilidades, además de que les genera angustia y preocupación, tener que organizarse y estar pendientes de diferentes cosas al mismo tiempo, todo esto aunado a las preocupaciones que genera vivir en un momento de pandemia, con respecto a la salud propia y de las otras personas alrededor.

El encierro también dejó en las mujeres entrevistadas varios sentimientos de incomodidad y fastidio, el no poder hacer sus hobbies fuera de casa, realizar ejercicio, ir a caminar, sacar a pasear a sus perros o visitar a su familia, tuvieron la sensación de ser prisioneras en su propia casa, incluso se habla de que, debido a las medidas tomadas, sentían que no “tenían libertad”, estas situaciones también fueron causa de que las mujeres se sintieran tristes, ansiosas y

frustradas, incluso se puede comenzar a hablar de un sentimiento de desolación, como se sabe, las personas son seres sociales, por lo que el limitar su interacción con otra gente termina por alterar su forma comportamiento y su forma de hacer frente a las adversidades, lo anterior se puede notar en los siguientes testimonios:

Elisa: y pues como le repito, afecta en todas las situaciones emocionalmente, de estar uno encerrado, de no poder salir a ningún lado.

Alexa: más a parte yo hago ejercicio, hago zumba, entonces las clases eran cerca de aquí de mi casa, se cancelaron, entonces también fue esa parte de que dejé la actividad física y era como que mi única distracción.

Leonor: el dejar de, hasta simplemente de salir y ver un árbol, pues eso ya no lo podías hacer. Igual fue así como si te encarcelaran ¿Sabes? Como de, adiós toda tu libertad, que tu cerveza, adiós toda la libertad de salir a leer un libro, de tomarte un café, de ver a un amigo.

Aquí conviene hacer una diferenciación entre soledad y desolación con base en la autora Lagarde (2006), ella señala “Estar desolada es el resultado de sentir una pérdida irreparable. Y en el caso de las mujeres, la desolación sobreviene cada vez que nos quedamos solar.” (p. 1), Sin embargo, la autora destaca que este sentimiento viene acompañado de la esperanza de que se vaya. Por otro lado, la soledad sería definida como:

El tiempo, el espacio, o el estado donde no hay otros que actúan como intermediarios con nosotras mismas [...] es un espacio necesario para ejercer los derechos autónomos de la persona y tener experiencias en las que no participan de manera directa otras personas” (p. 1)

Como se puede apreciar, aunque es usual que en la sociedad se utilicen estos dos conceptos como sinónimos, cada uno posee su propia profundidad, de hecho, haciendo un análisis sobre lo compartido por las mujeres entrevistadas, podemos apreciar que, con

fundamento en escrito por Lagarde, ellas tenían sentimientos de desolación, tanto por la parte de sentir que estaban perdiendo parte de su vida, su “libertad”, que perdían experiencias y hobbies o entretenimiento, pero al mismo tiempo, también había esa esperanza de que, eventualmente, todo volvería a la normalidad.

Ahora, con respecto al cómo se manejó la pandemia, se puede rescatar que las mujeres sintieron tristeza, frustración y desesperación, debido a que, como se ha mencionado anteriormente, no sabían cuánto duraría, cuánto tiempo se deberían utilizar las medidas como la sana distancia o el uso del cubrebocas, aunado a desconocer cuándo estarían fuera de peligro de contagio al salir a realizar cualquier actividad.

Algunas señalan que se sentían “mal”, entendido esto como la mezcla de emociones y sentimientos “negativos” que exigieron por el encierro y sus consecuencias (muerte de alguna persona familiar), o tener estrés, sin embargo, en algunos casos, evitaron hacerlo visible para ser el pilar de otras personas de su familia, ya sea en cuestión emocional o porque económicamente eran quienes llevaban los recursos a sus hogares o porque no querían preocupar a nadie más de lo que ya lo estaban por la pandemia, esto se puede notar en las siguientes narrativas de las entrevistadas:

Nidia: si ellas están mal, yo no puedo estar mal, yo tengo que estar fuerte para ellas.

Leonor: entonces imagínate también tener la responsabilidad de sacar adelante a nuestras trabajadoras, el no dejarlas, el ver cómo sacabas el dinero, porque de cierta manera ese negocio es también el sustento de otras familias, y en comenzar a ver que nadie te compra, que deja ya de existir la gente en la calle, que ya no hay flujo económico, y luego te digo, por mi parte el decir “Bueno, mi mamá tiene su negocio y no está funcionando”, de hecho sí dejó de vender un par de semanas porque no tenía ya dinero, y entonces de mi trabajo empecé a sacar

para pagarle a las chicas que trabajaban con mi mamá, que ellas no tenían la culpa de la situación que estaba pasando, y ellas eran el sustento de su casa al 100%.

Camila: al principio yo pensaba “Pues es que está chido porque no gasto en pasajes, no veo obligada en conseguir un trabajo para mantener mis estudios, mi familia no tenía que solventarme más gastos que ya tiene que hacer”, siempre me he sentido como una carga, y creo que durante la pandemia fue como más fuerte por estas situaciones de la falta de independencia.

Otra cosa que también se mencionó con respecto al encierro, fue la soledad que experimentaron, no tener con quienes conversar constantemente, o a quién contarles algunas cosas que pasaron o su día a día, les provocó este sentimiento, incluso aunque si lo tuvieran, el poder sólo estar en su casa y comunicarse con otras personas por medio de redes sociales, nunca fue lo mismo que hacerlo en persona, fue, de alguna forma, como vivir en su propia burbuja, lejos de la gente, faltando siempre esa interacción personal. Estas cuestiones fueron causa sentimientos de tristeza y frustración.

Por lo mismo, había falta de ánimo por hacer las cosas, aunque fuera hobbies o alguna actividad que les gustara, no todas tenían el ánimo de hacerlas y, a la vez, en no hacer nada, causó en ellas mucha ansiedad y frustración, el quedarse sin ideas de actividades para realizar en el encierro, o sólo poder ver la televisión.

En el ámbito laboral, aunque muchas mujeres pudieron realizar sus actividades vía remota, otras tantas no y esto, causó en las que tuvieron que ir a sus trabajos de forma presencial, tristeza y frustración, añadiendo el miedo de poder contagiarse camino a sus labores o, dependiendo de cómo lo manejara la empresa, presión de realizar todas sus funciones de forma adecuada, incluso perfecta, para que no fueran despedidas.

Pero las consecuencias en la salud de las mujeres no sólo se quedaron en emociones y sentimientos, a varias también las afectaron de forma física, empezando con la falta de sueño o

insomnio, esto por las constantes preocupaciones de la pandemia, sobre enfermarse, la falta también de realizar alguna actividad recreativa, la tristeza por haber perdido alguna persona querida, ansiedad por el qué pasará en el futuro. Así mismo, recalcaron que, incluso de dormir, no descansaban por completo, por lo que al día siguiente seguían cansadas.

Así mismo, varias coincidieron en que tuvieron dolores de cabeza, de espalda y del cuerpo en general, señalando que era “por no hacer nada”, por los ruidos constantes en el hogar y, de igual forma que el anterior punto, las diversas preocupaciones que tenían con respecto al virus, sus clases, su trabajo, la salud de la familia o incluso la economía del hogar.

Se puede apreciar que, de alguna forma, no realizar una actividad considerada productiva, causa en ellas sensaciones de estrés, para ellas, y a veces, para quienes la rodean, su validez está estrechamente relacionada con el trabajo de cuidados que realicen, es decir, los quehaceres, hacer la despensa, y justo, cuidar de las personas de su familia; es por esto por lo que llega un punto en el que se presionan para “hacer algo”, que también se relaciona con el hecho de que no haya procesos de autocuidados a largo plazo.

También hay que señalar que hubo diversas mujeres que comentaron haber comido en mayor cantidad que antes de la pandemia, esto como respuesta a la ansiedad y frustración, lo que tuvo como resultado que aumentaran de peso, aunado a la falta de actividades físicas por el encierro, aunque, mientras pasaba la pandemia y las medidas se comenzaron a reducir, ellas mismas comenzaron a realizar ejercicio o volvieron a realizar actividades de recreación, aunque fuera en forma remota.

Es importante conversar sobre las afectaciones físicas, porque muchas veces estas son proyecciones de los problemas o situaciones emocionales que las personas viven, el cuerpo refleja los emociones que está viviendo, cuestiones que muchas veces pasan desapercibidas o no son tomadas en cuenta por el personal médico, teniendo la idea de que son cosas

independientes. Esto es porque las personas son un complejo biopsicosociocultural, en otras palabras, tienen muchas dimensiones y cada una se altera cuando hay una complicación de salud.

Por lo anterior, es que la pandemia no debe verse sólo como un problema biomédico, sino como una construcción sociocultural, se deben tener en cuenta, por ejemplo, el padecer de las personas o cómo interpretan sus complicaciones, tanto de salud física como mental, estas a su vez, están intrínsecamente relacionadas con el contexto en el que se encuentren. No todo el mundo va a interpretar las cosas de la misma forma, por eso la importancia de estos estudios, porque, aunque la pandemia se vivió en distintos países, y las medidas tomadas por los gobiernos fueron universales, estas no iban a causar las mismas complicaciones, los resultados iban a variar.

Es importante establecer que, aunque evidentemente una pandemia está directamente con la salud de las personas, no sólo se debe tener en cuenta esta dimensión

Como se puede apreciar, las mujeres tuvieron, en general, los mismos sentimientos y emociones desarrollados por las medidas tomadas debido a la pandemia por COVID-19, esto fue la frustración, el miedo, la ansiedad, la tristeza, la preocupación, la presión, incertidumbre, desesperación, esto, porque las personas son seres sociales, que necesitan desarrollar lazos con otras, de forma que al quitárselos y obligarlas a aprender de forma abrupta otras formas, causa un choque abrupto con todo lo que saben.

Por otro lado, podemos ver que las mujeres desarrollaron una preocupación por las personas que les rodean, por la familia con la que conviven, por lo que se enfocaron en no realizar alguna actividad que pudiera ponerles en peligro, especialmente si era algo considerado “no esencial” (como salir a divertirse o alguna actividad recreativa), por supuesto, esto tiene que ver con el amor que les tienen, pero también puede ser porque socialmente, a las mujeres se les

educa para que sean quienes cuiden de la familia, quienes se preocupen por ella cuando está enferma, cuando necesita apoyo o alimento.

Lagarde y de los Ríos (2005) nos explica que las mujeres tienen ciertos roles en la sociedad, específicamente por el sexo que se les asignó al nacer y la posterior socialización con base en el género correspondiente (femenino), uno de ellos es de las madresposas, pues ese es el papel que se espera que tengan en la vida, por lo mismo, se asume que deben cumplir con ciertas actitudes, características, una de ellas la servidumbre voluntaria para con el deber con otras personas. Debido a esta normalización, no se piensa en las consecuencias que estas actividades pueden tener en las mujeres, específicamente en su salud mental, no se asume que puedan cansarse, estresarse, enojarse o frustrarse, pues deben, prácticamente, hacer estas cosas por gusto.

Durante la pandemia y la cuarentena, las mujeres siguieron este mismo patrón de comportamiento, fueron ellas quienes se hicieron cargo de hacer los quehaceres domésticos y el cuidado de las personas (adultas mayores, enfermas e infancias), cuestiones que no discutieron, fue simplemente algo que ellas sabían que les correspondía realizar, era lo esperado, sí, podían sentir distintas emociones al respecto (estrés o enojo) pero no por eso dejaban de hacerlas, de hecho, podían no mostrar estos sentimientos y limitarse a guardárselos o compartirlos con alguien ajena a con quienes cohabitaba.

Es por ello lo complicado de salirse de ese sistema que ha permeado durante siglos, no sólo en México, sino en el mundo, especialmente en momentos de crisis como lo fue, lo es, la pandemia por COVID-19, donde se tuvo que convivir en un mismo espacio con la familia por un indeterminado tiempo, por lo que cualquier actitud que no se acomodara a lo que la mayoría quisiera, podría tener un castigo social por parte de la misma.

Podemos ver, que, aunque las edades de las mujeres entrevistadas, sus contextos, situación socioeconómica y actividades son diversas, hay varias emociones que comparten, derivadas de la misma situación: la pandemia y la cuarentena por COVID-19. Una situación interesante, que nos marca que puede que la forma en que enfrentan y viven las adversidades son aprendizajes sociales y culturales, porque, aunque es evidente que las emociones y sentimientos tienen un origen neurofisiológico que no puede ser controlado, la respuesta es diferente, como, por ejemplo, el miedo, que se puede definir como:

Emoción primaria de defensa provocada por una situación de peligro, que puede ser real, anticipada por la previsión, evocada por el recuerdo o producida por la fantasía [...] con frecuencia está acompañado por una reacción orgánica [...] que se traduce por lo general en actitudes de lucha y fuga. (Galimberti, 2006, 705)

Se puede notar que esta emoción surge sin que la persona quiera, sin embargo, lo que cada una y uno haga al tenerlo, suele también aprenderse dependiendo del entorno y contexto social y geográfico en el que se desarrollaron, su sexo, su edad, entre otros.

Aquí conviene realizar un paréntesis para escribir otros conceptos muy parecidos al miedo, incluso se suelen usar en cotidiano como sinónimos, pero que no son lo mismo, empezando con fobia, definida como “temor irracional e invencible hacia objetos o situaciones específicas que, según el buen sentido, no deberían provocar temor” (Galimberti, 2006, 511), de forma coloquial, puede definirse como un estado avanzado de miedo, ya que, de hecho, este último puede desarrollarse y convertirse en fobia.

Continuamos con la definición de terror y pánico, Galimberti (2006) los define como sinónimos de la siguiente manera: “Episodio agudo de ansiedad caracterizado por tensión emotiva y terror intolerable que obstaculiza una adecuada organización del pensamiento y de la acción“(p. 784)

Con estos términos, será más sencillo entender qué sentimientos y emociones vivieron las mujeres durante la pandemia y cuarentena por COVID-19.

Continuando con el análisis, también es necesario entender qué tipo de redes de apoyo tenían las mujeres en su entorno y cómo estas vivieron los cambios originados por la pandemia y la cuarentena en el país, así como conocer cómo se adecuaron los lazos que tenía con sus redes de apoyo y de qué forma lo hicieron.

3.2 Afectaciones en las redes de apoyo social de las mujeres durante la cuarentena y la pandemia

Durante la pandemia por COVID-19 y el posterior confinamiento declarado por el gobierno de México para evitar contagios en masa en la población, las relaciones sociales que las personas tenían se vieron seriamente modificadas, esto tanto por tener que pasar un tiempo indeterminado en un pequeño espacio con la familia, que, en ocasiones, antes de la pandemia, sólo se veía en las noches o en las mañanas, cómo por tener cambiar el modo presencial de relacionarse a utilizar exclusivamente las redes sociales para eso.

Con respecto al primer tema, encontramos que las mujeres sufrieron de tensión al tener que convivir con su familia en un mismo lugar y no poder realizar alguna actividad para distraerse o divertirse, se menciona incluso la falta de un espacio propio, pues debido a las medidas sanitarias, a lo único a lo que salían de su casa, en general, pues hay quien tuvo que trabajar de forma presencial, era a hacer compras de víveres o pagar algún servicio, no había ninguna salida recreativa. En este aspecto, se rescata lo puntuales que eran al seguir las normas establecidas de sana distancia, por consiguiente, en ocasiones había personas de la familia que no le daban la importancia que las demás a esto, lo que generaba algunas discusiones. Esto se puede notar en las siguientes aseveraciones:

Camila: ha sido como difícil a veces con mi familia porque, aunque somos 4, pues habitamos el mismo espacio, entonces como que todos los problemas se sienten más [...]

Alexa: entonces nada más estaba con mi papá, entonces si fue una convivencia como que un poco complicada, porque él se frustraba y así de que tampoco podía salir [...]

Nancy: mi hermano el menor que ya después regresó, el sí es como, él es totalmente diferente, como que decía “Yo si me voy a salir”, entonces era de siempre estar enojados con él y era de “¿Por qué sales? ¿Por qué no te cuidas? Ponte el cubrebocas” ... Pero si era como ese contante de estarle reprochando que él sí salía y todos no.

Por otro lado, está el hecho de que, en varias ocasiones, antes de la pandemia las familias tenían un periodo delimitado de convivencia por las diferentes actividades de cada persona, lo que causaba que se veían solamente en un periodo de tiempo, en las mañanas, las noches o sólo los fines de semana. Esto hizo que tuvieran que adaptarse, no sólo en el sentido social, de realizar pláticas o conocerse mejor, sino en lo práctico, en consecuencia, organizarse para realizar tareas en casa y para quienes tenían que realizar actividades vía remota, tuvieron que crear una propia organización, pues hubo casos donde se mencionó que, dentro de sus hogares, más de una persona tenía que hacer uso del internet para hacer trabajos o entrar a clases, por lo que fue necesario ponerse de acuerdo sobre espacios y horarios.

Algunas personas lograron establecer una rutina de sana convivencia, no sólo en el aspecto de utilización de recursos, sino pasando tiempo de calidad en familia, incluso reforzando las relaciones y fomentando la empatía para con las otras personas, tratando de entender sus puntos de vista o hasta marcando límites en diferentes áreas de la vida, como no querer realizar una tarea o no querer tener alguna conversación; también cuidándose mutuamente, especialmente a las personas que eran vulnerables de contraer el virus. Se habla de la distribución de labores en algunos hogares.

Sin embargo, no todas las mujeres vivieron un proceso de sana convivencia, se menciona que “en la parte negativa” llegó un punto donde el encierro causó sentimientos de hartazgo, no sólo en las mujeres entrevistadas, sino en algunas personas de su familia, discusiones sobre cómo realizar ciertas actividades o “quién tenía la razón”, existía una necesidad de espacio propio que no se podía tener. Por otra parte, también están los problemas o dificultades económicas que algunas actrices pasaron debido a los cierres de negocios o recortes de personal, limitando los recursos de cada familia, añadiendo que una parte debía destinarse a la compra de material sanitario, como cubrebocas, gel o desinfectante, pues siempre estuvo el miedo al contagio.

Ambas situaciones se reflejan en las siguientes respuestas dadas por las participantes:

Camila: creo que en algunas cosas nos hizo volvernós más unidos, porque, al menos a mí me obligó a entender un poco más que pedo con mis hermanos y con mi mamá, que es lo que sienten, me obligó a ser más empática [...]

Nidia: entonces, en la medida de lo posible, nosotras como, buenos, nosotros como sus nietos y nietas de mi abuelito y mi abuelita, pues era como defender los puntos de vista de nuestras mamás y apoyarlas en todo y colaborar en lo que más se pudiera.

Leonor: si empeoró, empeoró muchísimo, como que cada quien necesitaba su espacio y su momento, y pues tenernos todos ahí enclaustrados fue difícil [...]. Sí me lo preguntas, yo creo que, si hubo una ruptura, ósea, fuera de, yo sé que mucha gente se comenzó a llevar bien, y comenzaron a platicar y demás, pero a mí me tocó la otra parte.

Por otro lado, también debemos hablar de las relaciones con personas que no vivían en la misma casa, o sea, las amistades o las parejas, pues finalmente también fueron parte de las redes de apoyo de las mujeres a lo largo del periodo de cuarentena y durante toda la pandemia en general. Varias mujeres estaban acostumbradas verse de modo presencial con estas

personas, ya fuera porque coincidían en la escuela o salían seguidos a realizar alguna actividad; por lo que las relaciones se vieron modificadas por no poder salir de sus hogares.

Se habla del sentimiento de extrañar a estas amistades, de que, al principio de la pandemia, mientras cada quien se acoplaba a los diferentes cambios en su estilo de vida, hubo un cierre para con las otras personas, pero una vez que estos cambios se digirieron, hubo oportunidad de poder restablecer las conexiones con amigas y amigos, estar al pendiente de ellas y ellos, si necesitaban algo o cómo estaban. En algunas ocasiones se organizaron reuniones a través de redes sociales, como zoom, de forma que hubiera una interacción más cercana, pudiendo, de alguna forma, verse las caras y platicar un de forma, relativamente convencional.

El sólo poder comunicarse mediante redes sociales fue un cambio drástico para quienes tienen facilidad de relacionarse cara a cara, durante un tiempo hubo desconexiones con las amistades, cada quién tenían sus responsabilidades y se comenzaban a adecuar a esta nueva forma de convivir, se menciona que a veces no se sabía cómo comenzar una conversación o no había un tema de qué hablar o incluso saber que decir, pues se asume que, en general, la mayoría de personas estaban pasando por momentos difíciles al tratar de acoplarse, estar enfermas (o alguien de su familia) o incluso haber perdido a algún o alguna familiar.

Esto se ejemplifica en los comentarios dados por las mujeres participantes:

Camila: y también siento que esa pregunta de “¿Cómo estás?” me cuesta mucho trabajo, porque a todo el mundo nos ha pasado algo, aparte de lo obvio de estar encerrada, probablemente igual que tú, ¿Qué más te puedo decir?, no ha pasado mucho en mi vida.

Alexa: pues en ese aspecto si es complicado para mí, porque si, ósea, estoy acostumbrada a salir con ms amigos y verlos y así, entonces en la pandemia pues ni como verlos [...] y pues si en tres ocasiones llegué a hacer reuniones así en zoom, entonces pues ya

cotorreábamos un rato, platicar otras cosas, que no fuera tanto la pandemia [...] Ha habido ese apoyo con ellas y sigue, todavía sigue, como que se hizo más fuerte diría yo.

Nancy: con amigos igual, solo con videollamada, porque no, a mis amigos no los vi hasta yo creo que hace poquito, como 3-4 meses. Yo creo que el miedo se quitó cuando vacunaron a mis papás, ya puedes medio salir o salir sin tanta culpa.

Uno de los motivos que frenaban el tener una reunión en persona con cualquier amistad, fue por el miedo a contraer el virus y, como se mencionó en la anterior categoría de análisis, contagiar a alguien de la familia, especialmente por parte de quienes vivían con alguna persona en situación de riesgo.

Como se puede observar a través de lo cada mujer comparte en este rubro, las relaciones sociales que tenían sufrieron una modificación, quisieran o no, por lo que ellas y sus familias tuvieron que adecuarse a esta nueva forma de vida, desarrollar nuevas reglas, nuevos límites, nuevas actividades, todo acorde al contexto que se vivía, el estar encerradas dentro del hogar y tener que cuidarse para evitar contagiarse del virus.

Aquí se señala que, aunque en general varias pudieron lograr una convivencia sana con la mayoría de su familia, hubo otras que no, o hubo ámbitos en los que no se pudo lograr esto. Finalmente, el estar compartiendo un espacio en conjunto causó que existieran problemas de espacio propio, utilización de recursos, establecer quién daba las reglas y si estas eran adecuadas, entre otras. Además, para quienes, de antemano, antes de la pandemia, ya tenían algún tipo de roce entre familiares, la cuarentena provocó que estos se intensificaran e incluso hubiera una ruptura.

En cuanto a las amistades, se enfatiza sobre la importancia de estas en la vida de cada una, incluso aunque señalaran que eran personas con las que no solían hablar tan regularmente. En varios casos, a pesar de que cada una tenía sus propios problemas o preocupaciones,

siempre hubo un interés en el bienestar de quienes consideraban sus amistades, de estar al pendiente de si necesitaban algo y ellas podían apoyarles de alguna forma. Por otro lado, las redes sociales, principalmente zoom, ayudaron a que no perdieran por completo el contacto cara a cara, pues mediante estas videollamadas podían ponerse al día de lo que les pasaba, platicar y de alguna forma, despejarse de las diversas situaciones que vivían, para ellas fue una estrategia para poder salir de la monotonía del encierro.

Con esto se demuestra la importancia que las amistades tuvieron durante este periodo de tiempo, siendo con quienes las mujeres podían hablar de lo que sentían o lo que les pasaba, también recibiendo consejo y soporte, además, es importante matizar que estas redes les generaron tranquilidad, empatía, felicidad y, de hecho, muchas veces se sintieron escuchadas, entendidas y apoyadas, acudir a ellas fue una forma de poder enfrentar los procesos por los que estaban transitando. Se puede apreciar que hubo una red de acompañamiento en las mujeres, especialmente entre pares, fueron sus amigas con quienes que tuvieron confianza de poder hablar de sus problemas, preocupaciones y pensamientos en general, esto puede ser debido a que, como mujeres, al estar socializadas de formas muy parecidas, las experiencias también comparten semejanzas, por lo que es más fácil que exista una empatía, que aumenta cuando se tienen edades parecidas o la misma carrera universitaria.

Una vez que hemos expuesto como es que las diferentes redes de apoyo de las mujeres vivieron la pandemia y la cuarentena, enfocándonos en el COVID-19, es necesario hablar sobre cómo las familias enfrentaron el tener a alguien dentro de su núcleo con la enfermedad o que hubiera fallecido por la misma, de qué forma enfrentaron estas situaciones.

3.3 Experiencia de las mujeres con la enfermedad y consecuencias provocadas por el COVID-19

Como hemos estado revisando, la pandemia por COVID-19 tuvo diferentes afectaciones y consecuencias en la salud física y mental de las mujeres, y como se vio anteriormente, también

en sus familias, muchas de las personas que contrajeron el virus desarrollaron diferentes secuelas, como dificultad para respirar, pérdida de concentración o dolor en algunas partes del cuerpo, con todo, debido a la gravedad de la enfermedad, aunado a comorbilidades que se tuvieran al momento de tener COVID-19, hubo una gran cantidad de gente que falleció.

Con respecto a las mujeres entrevistadas, en las redes de apoyo de algunas, existieron familiares (a veces ellas mismas también) que contrajeron el virus, incluso hubo muertes de familiares de algunas de ellas, esto generó preocupación, no sólo por la salud de estas personas, por las que finalmente sienten un cariño, sino que, en caso de haber convivido con ellas de forma presencial, el miedo de también estar contagiadas lo que en algunas ocasiones llevó a sugestionarse y pensar que cualquier síntoma de enfermedad, como tos, estornudos, picazón, era señal de tener COVID-19. Esto último también pasó en los casos donde una persona de sus familias se enfermó, ellas señalaron que algunas de ellas fueron asintomáticas, lo que complicó la situación, porque a su vez contagiaron a más personas, como primos o tías..

También hay que mencionar que algunas de ellas sufrieron la pérdida de personas queridas durante la pandemia, ya fuera por haber contraído COVID-19 o por otros motivos, como alguna enfermedad diagnosticada mucho antes del periodo de cuarentena y ajena al virus; por lo que, al lidiar con estos duelos, tenían tristeza y depresión por la pérdida de esas personas, ya que tenían un lazo afectivo fuerte y de amor, también hubo enojo por el hecho de que fallecieran por la situación de la pandemia, es decir, de forma no natural.

Además, en varios casos consideraron que no pudieron despedirse de forma adecuada, tanto por el hecho de que algunas muertes fueron inesperadas, lo que les impidió prepararse para ellas, como por el hecho de que no fue posible realizar algún tipo de ceremonia o funeral (ya que era una medida para evitar contagios), por lo que no hubo una despedida adecuada ni tradicional con esas personas, de alguna forma se necesitaba un cierre, lo que les provocó tristeza, angustia y en un caso, depresión, ya fuera en ellas o en algún o alguna familiar.

Ahora, justamente hablando del tema de la pérdida de una persona en la familia, hubo diversas experiencias al respecto, pues como se menciona al principio, el COVID-19 es un virus, que al principio y antes de las vacunas, provocó muchas muertes, especialmente en población que tenía antecedentes de enfermedades, como hipertensión, diabetes entre otros. Hubo casos donde la persona que falleció estaba lejos del hogar, en otro estado, por ejemplo, aquí se señala la dificultad de pasar el proceso de duelo a distancia porque debido a las medidas, no podía haber funeral, los cuerpos se cremaron directamente, no hubo un momento para poder realizar una despedida adecuada o poder procesar la situación, aunado, por supuesto, al dolor y tristeza que estas pérdidas generaron en ellas, aumentando dependiendo del tipo de relación que tenían con esa persona.

También se destaca que durante la entrevista comentaron que el dolor se sentía aún después de algunos meses, pudiendo este generar incluso, una depresión y teniendo que acudir con alguna persona especialista, en estos casos, quienes tuvieron acceso y recursos para ir con una o un terapeuta, sintieron una mejora en su salud mental, pudieron llevar sus procesos de duelo de forma más tranquila, dejando de lado las culpas y centrándose en poder continuar su vida con bienestar, además de tener un mejor conocimiento de sí mismas para futuras experiencias, tanto de duelo como algún otro problema que les pudiera causar ese sentimiento de tristeza. Podemos observar estos pensamientos en los siguientes testimonios:

Camila: lo que llegué a sentir, en algún momento también fue muy fuerte, porque mi pareja se enfermó de COVID, toda su familia se enfermó de COVID, se murió una de sus tías, se murió su abuelo, yo me preocupé mucho porque lo fui a ver un fin de semana, digamos el sábado, domingo, y el martes, miércoles me escribe para decirme “¿Qué crees? tengo COVID?” [...] decía “¿Cómo es posible que mi novio esté enfermo de COVID?” que les dio bastante fuerte, afortunadamente nadie acabó en el hospital, pero yo me preguntaba muchas veces “¿Yo estaré enferma?” y cualquier cosita que sentía, hasta picazón en la nariz, ya sentía que era COVID.

Nidia: mi papá [...] Entonces para mí fue un shock completamente triste, porque yo no podía, yo no actuaba o yo no podía pensar lo que me esperaba para vivir mi proceso de duelo [...] La verdad su ausencia me duele todavía, me duele muchísimo, digo, es muy reciente [...] el 13 de mayo por la mañana me marca mi mamá para decirme “Hija, tu abuelito paterno acaba de fallecer” [...] Entonces después de todo este tema vino la parte en que, dos días después, fallece un tío, al día siguiente que fallece el hermano de mi papá [...]

Leonor: entonces el hecho de que mi abuelita tenía a su novio y el señor iba a visitarla a la casa, y se veían y demás, y pues con el tema del COVID, el señor le dio COVID y a la semana falleció, ósea, estuvo muy cañón, porque al señor lo queríamos mucho, era un señor que yo le decía abuelito, no era nada mío... Pues fue un golpe durísimo para mi abuelita, porque el señor también era su felicidad, era su vida, y tómalala, también falleció, y todos nos quedamos de “¿Qué onda? Apenas ayer lo habían hospitalizado y ya falleció”, nos dolió muchísimo, estuvo feísimo, mi abuelita duró muchos meses en duelo, de hecho, hoy en día si le mencionas al señor le duele bastante.

Es necesario situar que en momentos donde alguien de la familia que era población vulnerable se contagiaba, había sentimientos de reproche para con las otras personas de la familia, pues existía el pensamiento sobre de quién sería la culpa de haber llevado el virus al hogar, de la falta de responsabilidad de algunas al no ser tan estrictas con las medidas establecidas o de ir con el personal médico al tener cualquier síntoma de enfermedad. Teniendo como consecuencia un nuevo cambio en el estilo de vida, pues de alguna forma, ya habían vivido las consecuencias de lo que la enfermedad podía causar. Este tipo de ambiente fue causa de sentimientos de culpa, tristeza, enojo, preocupación y ansiedad.

Aquí se realiza una bifurcación para hacer énfasis en el sentimiento de la culpa, Bañon Castllón (2010) estipula que esta no es siempre, natural, es algo que se aprende a través de las

vivencias, educación, entorno y valores transmitidos. Así mismo, relacionado con las mujeres, Huertas Zarco complementa con lo siguiente:

La culpa que expresan las mujeres es un sentimiento de dolor profundo por una acción u omisión, propia o ajena, con la que se piensa se ha dañado o perjudicado a alguna persona significativa, del que se arrepienten profundamente y por el que se autocastigan mental y físicamente. (p. 94)

Este sentir es usado como una forma de control, al establecerse la forma en que se supone una mujer debe sentirse, actuar, ser, qué papel debe tener en la familia y comunidad, relegarle un rol de cuidadora, organizadora, protectora; la sociedad crea una forma de evitar que salgan de esta estos límites, la culpa.

Pasando a específicamente las mujeres entrevistadas, sólo dos se enfermaron de COVID-19, destacando que lo que tienen en común es que ninguna se dio cuenta al principio de que habían contraído el virus, fue hasta que tuvieron un síntoma serio, como perder el olfato, que se dieron cuenta y procedieron, en caso de poder, a realizar una cuarentena. Una comenta que debido a todo lo que acontecía en la sociedad, se sugestionó con respecto a sus síntomas, además de preocupación de no saber qué le pasaría, si tendría secuelas o incluso podría pasarle algo más grave, lo que derivó en que tuviera ansiedad y sentir incertidumbre por no estar totalmente segura de sí estaba o no contagiada del virus.

Con lo anterior podemos concluir que la pandemia generó miedo entre las mujeres de contagiarse, incluso siendo precavidas y utilizando todas las medidas sanitarias señaladas por el gobierno, este sentimiento aumentaba si dentro de la familia había una persona en situación de vulnerabilidad, además en personas jóvenes, el miedo era principalmente por ser ellas quienes contagiaran a su familia y que quien se enfermara quizá, en un caso drástico, falleciera.

Sin embargo, la mayoría que se contagió de COVID-19, en caso de hacerlo, fueron asintomáticas o los síntomas fueron confundidos con otra cosa, una gripa o incluso la menstruación.

En el ámbito familiar, muchas tuvieron gente en su núcleo que se contagió con el virus, generando esto preocupación en ellas con respecto a las secuelas que estas personas podrían tener en un futuro o incluso si sobrevivirían, señalando que sus familias hicieron cuanto pudieron para que estas personas se recuperaran, consiguiendo equipo médico o atención especializada.

Por otra parte, es necesario hablar sobre los procesos de duelo que muchas tuvieron que pasar durante la pandemia, debido a las normas establecidas, los cuerpos eran incinerados directamente al fallecer, por lo que en ocasiones las personas no estaban totalmente seguras de sí la muerte había sido por COVID-19 o no, cómo habían sido sus últimos momentos o ni siquiera habían tenido oportunidad de despedirse, pues el tiempo entre el contagio y la muerte había sido corto. Por estos motivos es que muchas veces no hubo una oportunidad de procesar de forma correcta la situación, especialmente para quienes sus creencias y tradiciones son el hacer un funeral en donde poder decir el último adiós.

Aunque evidentemente la decisión de entregar las cenizas a las y los familiares fue por una cuestión de salud y de evitar contagios, sobre todo si la muerte sí había sido por COVID-19, las autoridades no tomaron en cuenta las consecuencias que a la larga podría tener en la familia.

Haciendo una conclusión final con respecto a las principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, podemos enfatizar que, a nivel emocional, lidiaron con muchas emociones y sentimientos, estrés, ansiedad, enojo, tristeza, hartazgo. Todo esto en un, relativamente, corto periodo de tiempo, su vida sufrió grandes cambios de un momento a otro, y en un principio, esto modificó radicalmente su forma de pensar y de desarrollarse, sin embargo, una vez que pudieron acoplarse, las cosas cambiaron, aunque este no fue en todos los casos, pues también hubo quienes, se resignaron, lo que a su vez les generaba estrés, enojo y molestia.

En esta parte tampoco hay que olvidar que estos sentimientos y emociones también les generaron una respuesta física, como: dolores de cabeza, cansancio, insomnio, hambre o pérdida de apetito. La importancia de saber esto es que muchas veces estos síntomas se asumen como una enfermedad física (gripe, tos) por lo que sólo se tratan con medicamentos, pero no se trabaja el problema de raíz, concretamente, todo lo que está provocando estos sentimientos, por lo que la intervención se vuelve superficial y no termina de resolver la situación por completo. Se debe brindar una atención integral en la salud mental, donde incluso se tomen en cuenta los aspectos socioculturales, pues como se mencionó anteriormente, las pandemias no sólo afectan la parte física de las personas, también hay consecuencias sociales que deben ser revisadas, atendidas y solucionadas.

Con respecto a la familia, cada una tuvo que reorganizar su forma de relacionarse buscando una sana convivencia, algunas pudieron lograrlo, otras no, pero esto también tiene que ver con los problemas que pudieron existir antes de la pandemia y el periodo de cuarentena. Quienes pudieron, señalan una mejor relación con su familia (o con algunas personas de ella) llegando incluso a tener nuevas rutinas en conjunto o a entender mejor los puntos de vista, por el contrario, quienes no, destacan que los conflictos ahora se generaban por las medidas sanitarias que debían tener al ingresar a los hogares o fuera de ellos, de quién las seguía y quiénes no.

Lo anterior debido, en parte, a que algunas mujeres no pudieron realizar sus actividades vía remota, por lo que tuvieron que salir a trabajar, cuestión que hay que mencionar, les generaba estrés y miedo de contagiarse o contagiar a su familia; también hubo pérdida de trabajos en algunas familias, teniendo que cerrar sus negocios, por lo que los recursos los proporcionaba sólo una persona.

Para finalizar este capítulo, hay que enfatizar la importancia de las dobles o triples jornadas laborales realizadas por las mujeres durante la pandemia y como esto afectó su salud

mental, el tener que estar a cargo del cuidado y la salud de las infancias y personas adultas, sumado a los quehaceres domésticos, las compras o la distribución de recursos. aunado a las labores en el mercado laboral. Este tipo de cargas terminaron provocando estrés, ansiedad, cansancio, fatiga, molestia y enojo.

Como se pudo apreciar a través de las experiencias compartidas por las mujeres, la pandemia y cuarentena causaron grandes cambios en sus vidas, algunos inesperados, lo que a su vez suscitó que padecieran diversos síntomas, tanto físicos como psicológicos, estos últimos son los que se rescataron en este trabajo, aunque no por eso se dejará de lado la cuestión física, pues finamente puede ser un reflejo del estado emocional o psicológico, por lo que en el siguiente capítulo se analizará a detalle este aspecto.

Capítulo IV. La construcción del padecer en mujeres que experimentaron afectaciones en su salud mental durante la pandemia.

Como se observó en el apartado anterior, las vivencias que las mujeres entrevistadas de la Alcaldía Gustavo A. Madero tuvieron durante la pandemia por COVID-19 se produjeron en diversos contextos, sin embargo, eso no impidió que fueran muy parecidas, por lo que una vez reconocidas es importante enfocarnos en cómo esto afectó la salud mental de estas mujeres.

Para iniciar, hay que asentar que, de forma sintetizada, el padecimiento es el cómo una persona percibe, vive y experimenta una enfermedad o afectación, esto influido por la cultura, el contexto, sus creencias o de quienes le rodean. Como podemos observar, este concepto no se relaciona propiamente a la medicina formal, es decir, no es algo que se puede diagnosticar mediante exámenes o estudios cuantitativos, se requiere de hablar activamente con la o el paciente, para conocer, explorar, analizar y atender, aquí es donde el trabajo social es esencial, pues es mediante esta disciplina que se pueden obtener estas respuestas, sin dejar de humanizar a las personas y mediante un proceso de calidad y calidez.

La forma en que una persona expresa y vive un padecimiento, ve fuertemente influenciado por el contexto y experiencias que esta tenga, por ejemplo, algo que para una quizá pueda ser un dolor físico muy fuerte e incluso incapacitante, para otro no lo es tanto o una puede verse físicamente afectada por emociones muy fuertes mientras que para otra sólo se queda en lo emocional. Debido a lo anterior, es importante reconocer las diferentes experiencias, sin restarle importancia a ninguna ni suponer que alguna es menos o más grave que otra, tampoco juzgar la forma en que enfrentan estas situaciones, y sobre todo, debemos buscar entender el por qué.

Una vez colocado esto, hay que estipular que en este capítulo se enfoca en tres aspectos, el primero, como se mencionó anteriormente, el significado que las mujeres le dieron a la pandemia y cuarentena, qué representó la pandemia para ellas, la forma en que sacaron de ella,

la forma en que enfrentaron los diferentes problemas o cómo usaron el tiempo que tenían para sí mismas o con las demás personas a su alrededor, en esta parte se pueden ver principalmente dos situaciones, quienes encontraron las ventajas del tiempo en encierro y quienes, por otro lado, no pudieron encontrar ninguna o sólo muy pocas.

El segundo subtema es sobre la percepción que las mujeres tienen con respecto a su problema de salud, tratando de enfocarlo siempre a la salud mental, pero sin ignorar las afectaciones físicas que estos mismos pueden provocar. Aquí se indaga sobre las causas, gravedad o temores que tienen con respecto a esta situación, incluso cómo ha afectado a su familia o en el entorno donde se desarrollaron durante la pandemia y cuarentena.

Finalmente, el último aspecto se enfoca en la atención y tratamientos que realizaron para solucionar o manejar los problemas que señalaron haber tenido, o seguir teniendo, por el periodo de encierro o en general la pandemia. Aquí se habla tanto de atención profesional, como lo es el personal de salud o cualquier otra atención alternativa, siendo importante debido a que, independientemente de las ideas que se puede tener con respecto a estas últimas, muchas personas colocan su salud en estos tratamientos y, en algunos casos, es algo que les funciona, por lo que no debemos restarle ni importancia ni efectividad.

Es importante colocar todos estos análisis juntos para poder tener un panorama amplio con respecto a los problemas originados o que se maximizaron durante estos periodos de tiempo, por lo que damos paso al primer subtema.

4.1 Significado del periodo de cuarentena, confinamiento y pandemia

Las mujeres vivieron la pandemia y la cuarentena de formas diferentes, pero a la vez también compartieron muchas vivencias; el cómo las enfrentaron y las consecuencias que tuvieron fueron variadas, por una parte, por ejemplo, está quién pudo encontrar lo positivo o pudo ver las ventajas que se dieron a raíz de permanecer en su hogar un tiempo determinado, por otro

están quienes tuvieron que atravesar por complicaciones dentro de sus familias debido a cómo se afectó su entorno y su contexto familiar y social.

Hubo mujeres que señalaron que, principalmente, al principio del lapso en que duró la cuarentena, así como en la pandemia en general, pudieron conocerse mejor pues tuvieron tiempo con ellas mismas para saber qué les gustaba, qué no, hacer actividades de su agrado o no hacer nada, incluso descansar de la vida cotidiana, cosa que antes no podían realizar debido a las diferentes responsabilidades que tenían y el tiempo que les tomaba hacerlas.

Por lo mismo, ellas pudieron sentir esto como una etapa de transformación, cada situación por la que atravesaron hizo que fueran personas diferentes, algunas desarrollaron más empatía y solidaridad por las personas a su alrededor, sentimientos que antes podían no tener tan desarrollado, fortalecieron sus lazos con su familia, ya que debido a la cuarentena, pasaron una mayor cantidad de tiempo con ella que antes, cuidaron a sus amistades, al dedicar tiempo exclusivo a platicar con ellas por mensajes o videollamadas o desarrollaron resiliencia debido a los duelos; también desarrollaron estrategias para enfrentar los problemas, tanto en sentido de los que viven ellas mismas como de los que viven las personas que las rodean, esto enfocándose en su cuidado personal, su salud mental, su tiempo a solas o en familia y amistades, a conocerse y a mejorar su autoestima.

Fue un tiempo que les permitió, en varios casos, poder hacer una introspección con respecto a ellas, su vida y su familia. A continuación, se pueden ver algunos de los comentarios al respecto que se compartieron durante las entrevistas:

Nidia: que ha tenido para mi amor propio, reciprocidad, solidaridad y demasiada empatía. Eso es lo que yo le daría a todo lo que me ha estado dejando la pandemia.

Alexa: sí fue un tiempo de cambio.

Nancy: y lo bueno fue tener tiempo para mí, para hacer, a lo mejor no hice nada [...] pero si era como de, al principio lo disfrutas porque son como vacaciones, puedes dormir hasta tarde, nadie te dice nada, pero como que, te puedes hacer mil mascarillas o no sé, verte pelo por pelo, uña por uña, porque eso también de pintarme las uñas, cosas así, que antes ni siquiera hacía, ni te daba tiempo.

Por otro lado, es necesario recalcar que sólo una de las mujeres entrevistadas experimentó la parte negativa de la pandemia (siendo ella el reflejo de lo que muchas otras mujeres vivieron durante este tiempo), es decir, hubo una fractura en sus lazos familiares debido a estar tanto tiempo en encierro, cosa que ocurrió en muchas familias, pues como no estaban acostumbradas a convivir en el mismo espacio más que por unas horas, no pudieron adaptarse a esta forma de coexistir. La modificación en el estilo de vida al que estaban acostumbradas y cómo este se vio alterado tanto en lo social como en lo económico son algunas de las razones que dieron pie a esta ruptura en las relaciones con la familia.

Leonor: para mí el COVID fue una crisis económica tremendísima, un cambio de vida y un estilo de vida completamente diferente, ósea, fue un giro de 180° [...] llega el COVID y ves la parte ruda, la parte negra, la parte de la responsabilidad, la parte de “Pues ni modo, aguántate” [...] No sé si haya gente que diga que fue un momento de pensamiento, pero fue un momento de sacar la cresta y ver cómo es vivir una crisis, jamás había vivido una crisis, y fue un tema de aprender, de ser resiliente, de sacar coraje, de aguantar, de persistir, estar ahí duro y dale, de sobrevivir, ósea, esto fue supervivencia.

Como se puede notar con los anteriores testimonios, cada mujer le dio un significado diferente a la pandemia y cuarentena (símbolos), lo que a su vez hace que el padecer de cada una fuera distinto, influenciado, por supuesto, por sus condiciones y características económico-sociales, personales, familiares, comunitarias. Es por eso, que asociaron las experiencias que vivieron con diferentes situaciones, enfrentar la pérdida de alguien, por ejemplo, pudo ser vista

como algo que les ayudó a ser mejores versiones de sí mismas, mientras para otras pudo ser un proceso que aún les cuesta procesar; o quienes pudieron usar el tiempo en encierro para conocerse mejor, mientras otras, debido a la situación del hogar o por sus labores, ni siquiera pudieron estar en cuarentena.

Se pueden hacer una división de dos categorías de las experiencias: quienes de alguna forma trataron de sacar lo positivo de sus experiencias, sin importar que tan fuertes fueron y quienes, por otra parte, se dedicaron a “sobrevivir”.

Lo anterior se puede trasladar a varios ámbitos (no solo al sexo o género), siendo uno de ellos el poder adquisitivo, por ejemplo: quienes tuvieron uno menor (ya fuera desde antes o debido a la pandemia) se tuvieron que enfocaron en trabajar y obtener los recursos en lugar de en qué forma podían crecer personalmente o en conocerse mejor; mientras que las mujeres que tenían un solvento económico estable y no debían preocuparse por esa cuestión, ya que alguien más de su hogar era la persona o personas encargadas de solventar los gastos y no tenían necesidad de trabajar, fueron quienes tuvieron mayor tiempo para pasar solas, pues al solo tener una responsabilidad para con ellas mismas y quizá las de quehaceres domésticos o cuidados, pudieron verlo como esta etapa de aprendizaje, mientras que las que debían preocuparse de los recursos para solventar los servicios básicos, no tuvieron este privilegio.

Es decir, cada mujer vivió la pandemia de forma diferente dependiendo de sus contextos, su nivel económico, social, que tipo de trabajo tenían (o si no tenían), si estudiaban o no, si eran jóvenes o adultas, todas estas características se añaden a la categoría de género, al ser mujeres, se habla de una interseccionalidad que afecta a todas (y todos).

Para entender esta parte podemos hacer uso de la jerarquía de las necesidades básicas, conocida comúnmente como Pirámide de Maslow (Maslow, 1991). Esta teoría explica que las necesidades humanas pueden ser acomodadas en un orden específico dependiendo de su

importancia y mientras no se satisface uno de los niveles no se es posible acceder o pensar en satisfacer otro superior, la forma en que está jerarquía está organizada es: necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, necesidades sociales, necesidad de estima o reconocimiento y autorrealización.

Por ejemplo, si no se pueden cubrir las necesidades físicas como comida, sueño o ropa. menos aún la necesidad social; es decir, una vez que una necesidad está satisfecha, surge otra. En este caso, observamos que cuando existe una seguridad de empleo y recursos, las mujeres pueden enfocarse en la necesidad de estima o reconocimiento, por el contrario, mientras no se tenga que enfocar en conservar el trabajo para tener el poder adquisitivo necesario para hacerse cargo de la familia, no pueden enfocarse en pensar en ellas mismas o en hacer un análisis con respecto a cómo la pandemia y la cuarentena las cambiaron o que pudieron aprender.

Aunado a lo anterior, es importante saber qué significado tuvo la pandemia y la cuarentena para las mujeres, algunas de las palabras que usaron para definirlo fue: cambio, aprendizaje, solidaridad, empatía, crisis, miedo y supervivencia. Varias compartieron sentimientos y emociones semejantes, pero cada una lo hizo desde su contexto, hubo quien pasó ansiedad por tener que salir para asistir a su trabajo, mientras otras lo tuvieron por el hecho de estar en encierro y no poder estar en otra parte que su casa.

El conocer y analizar los significados, brinda una idea sobre la forma en que pudieron, o no, enfrentar las dificultades que se les presentaron debido a las mismas, es decir, quienes tuvieron una estrategia de ver estos momentos como de cambio o análisis interno, fueron quienes, de alguna forma, desarrollaron mejores estrategias para resistir los obstáculos o las pérdidas por las que pasaron. Aunque este punto se verá con a detalle en el siguiente capítulo, podemos comenzar a observar cómo se desarrollaron las mujeres en este entorno modificado.

Una vez señalado esto, también es necesario analizar exactamente qué problemas de salud percibieron las mujeres que tenían con respecto a su salud mental durante la pandemia y la cuarentena.

4.2 Percepción de las causas, afectaciones, gravedad, duración y temores del problema de salud

Como ya se ha colocado, las mujeres tuvieron diversas formas de vivir la pandemia y la cuarentena, así como los problemas que esta causó en ellas y en sus vidas. Aunque compartieron diversas complicaciones, cada una destacó alguna o algunas en específico dependiendo de la forma en que le afectaron, por eso es necesario realizar un análisis de lo individual a lo colectivo, de forma que podamos entender cómo percibieron sus problemas. Para comenzar, es necesario colocar qué es la percepción, esta se puede definir como una construcción que las personas realizan sobre algo con base en sus experiencias, contexto, ideas o creencias. Arias Catilla nos coloca que:

La percepción comprende fundamentalmente dos procesos (Bruner y cols. 1958 citados por Moya, 1999) primero, la remodificación o selección del enorme caudal de datos que nos llegan del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, segundo, un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y de ese modo, evitar o reducir la sorpresa. (Arias Castilla, 2006)

Es decir, este acto o análisis del exterior es subjetivo, pues depende enteramente de las cosas que la persona haya, o no, vivido durante su vida o el contexto donde se encuentra, no será lo mismo, por ejemplo, lo que una mujer de México vivió durante la pandemia que lo que vivió otra en cualquier país de Europa, incluso en el mismo país hay diversas experiencias dependiendo del territorio, situación socioeconómica, etnia, edad, entre otras. Para lo que

algunas fue algo sin importancia, para otras quizá fue lo más importante o algo que en alguna causó una gran impresión, para otra pasó desapercibido.

Una vez que se establece lo anterior, podemos comenzar a ver las similitudes y diferencias que las mujeres tuvieron con respecto al o los problemas de salud que les afectaron durante la pandemia, enfocados en la salud mental, de forma que podemos analizar qué es lo que provocó estos parecidos, qué tenían o no en común y por supuesto, eventualmente, qué pudieron hacer al respecto, teniendo como principio en común, la alcaldía donde habitan.

Se recalcó que en general el problema fue detonado por la pandemia, es decir, antes no habían presentado esta situación ni tenían algún síntoma, aunque si hubo quien tenía, por ejemplo, depresión desde tiempo atrás, la cual se vio seriamente agravada por el periodo de encierro donde no hubo contacto con personas fuera de su familia, problemas económicos o realizar actividades.

Pero no sólo por esto, también se mencionó que las noticias influenciaron fuertemente, la forma constante en que se compartía el número de personas muertas, los contagios, la situación alrededor del mundo detonó un miedo sobre todo lo que estaba pasando: por otra parte, la pérdida de una persona querida por COVID-19 provocó tristeza e incluso depresión en quienes lo vivieron, algunas destacando esto último como el problema más importante que tuvieron que enfrentar; asimismo hubo sentimientos de molestia u enojo, esto por diferentes razones, el tener que estar en encierro sin poder salir con amistades o a visitar a su familia, observar personas que no cumplían con las medidas de sanidad (principalmente el no usar cubrebocas), discusiones familiares, tener que desinfectar contantemente a ellas mismas y las cosas que utilizaran.

Una vez que colocamos cuáles fueron considerados los principales problemas durante la pandemia y la cuarentena, se buscó saber específicamente cuáles eran las afectaciones que estos causaban, se señala que estas fueron estrés, miedo, preocupación, depresión, insomnio,

incluso algunas señalan la falta de ánimos para realizar alguna actividad, lo que podía generar dolor o pensamientos de no poder tener una vida completa, también hay comparaciones con respecto a cómo otras personas estaban enfrentando la cuarentena, de qué formas les afectó en mayor o menor medida o incluso cómo es que ellas sí pudieron hacer frente a diferentes situaciones.

Camila: pues creo que tuvo que ver con la pandemia

Alexa: pues creo que justamente fue el encierro, pues sí, fue el estar encerrada de “No puedes salir de estas cuatro paredes”, pues si tal cual el estar encerrado y no poder, así como que salir o así, ver todo cerrado, así como que, no sé, creo que por lo menos si a mí sí me afectó más el estar encerrada, el no salir, salir a oírte por lo menos, creo que fue lo que más detonó todo esto.

Nancy: porque aparte llega el punto donde ya ni siquiera te dan ganas de hacer algo, ya no tienes la iniciativa, como que ya no encontraba esa iniciativa más bien, como que yo decía “Ya no, porque yo veo que todos avanzan y yo estoy aquí”, siento que eso también afecta mucho emocionalmente, que ves a los demás y siempre es el punto de porque te estas comparando.

También se les cuestionó con respecto a qué tan grave era su problema y cuánto tiempo pensaban que duraría, varias señalaron que honestamente lo desconocían, específicamente quienes perdieron a alguien señalaban que (el dolor y/o depresión) era algo que quizá tendrían por siempre, pero trabajando en ello eventualmente sería menor, que es un proceso que requiere tiempo, además, son conscientes de que el problema es algo que no se soluciona sólo, que necesitan apoyo profesional de algún tipo. Incluso hay quien dijo que estos problemas se quedaron atrás porque habían derivado de la pandemia y el periodo de encierro, de hecho, se expresó que, si esta medida hubiera durado más tiempo, hubiera sido más problemático. También se destacó que su problema se detona cuando tiene momentos negativos, por lo que

no puede saber el tiempo que durará, por lo mismo es que procuran distraerse con diversas cosas para evitar que esto sucediera.

Ahora, conociendo lo anterior, fue necesario saber cómo es que este problema afecto a su familia o a las personas con las que convivieron durante estos periodos, se señaló que en algunos casos sentían que se les juzgaba por tener algún sentimiento o sentirse decaídas y sin ganas de hacer algo; lo que puede indicar que, en su entorno, no hay una educación respecto a las afectaciones en la salud mental, es común que se siga pensando que son cuestiones que no necesitan de un diagnóstico profesional o que se solucionan solas, porque se trata de una cuestión temporal, es decir, la tristeza o el desánimos son sentimientos que se tienen por no estar haciendo nada, al trabajar o hacer quehaceres, se van.

Algunas también expresaron sentir molestia u enojo gran parte del tiempo, debido a la situación de encierro, de no poder salir a realizar sus actividades diarias, no poder tener tiempo de recreación a solas o con amistades, no poder ir a sus clases o trabajos, el cambio en sus rutinas las llevó a tener una frustración con ese nuevo estilo de vida, que eventualmente pudo transformarse en molestia y enojo. En algunos casos, eventualmente estos sentimientos pudieron contagiarse entre las personas con las que cohabitaban, lo que llevó a que todas, o la mayoría, se irritaran con más facilidad y por lo mismo, fuera más sencillo que hubiera peleas y conflictos, ejemplo fue que al realizar tareas domésticas, donde si alguien no hacía lo que le correspondía en el momento que se lo pedían, se tardaban o no lo ejecutaban de la forma en que tras querían, había reclamos y molestia, destacando también que esto se sumaba a cualquier otra diferencia o problema que la familia tuviera desde antes de la pandemia.

Así mismo, las participantes señalaron que tenían ciertos temores con respecto a los resultados de su problema de salud, uno de ellos que el miedo o la depresión les impidieran realizar ciertas cosas, perder el control. Lo anterior puede verse en las siguientes narrativas de las mujeres entrevistadas:

Nidia: no sé cuándo vaya a terminar, porque a lo mejor me van a traer recuerdos, pero con menos dolor, con menos dolor porque si bien yo no te puedo decir que estoy pasando por una etapa en donde ya tengo que tomar a lo mejor algo para controlar la depresión o tomar antidepresivos, estoy en un punto en el que, si tengo depresión, pero lo puedo controlar.

Alexa: no, es que como no he tratado eso de la depresión, pues en momentos muy, pues si digamos negativos, como que se me detona, realmente no entiendo si eso es posible cuando uno tiene depresión.

Nancy: siento que si hubiera estado más tiempo hubiera sido peor, pero como que todo se fue acomodando, con un poco de paciencia y con tiempo como que se fueron acomodando las cosas.

La salud mental de las mujeres sí se vio afectada por la pandemia y la cuarentena, y cada una lo percibió de una forma diferente, aunque también hubo similitudes, debido a los contextos en los que convivían, por ejemplo, todas habitaban en la ciudad, en la alcaldía Gustavo A. Madero, por lo que, de forma general, tenían acceso a varias instituciones y recursos (supermercados, servicio a domicilio o transporte.), lo que les facilitaba el acceso a la información o a los anuncios que promocionaban el apoyo psicológico de las instituciones públicas.

Pero, de forma individual, cada una tenía sus propias ideas con respecto a las situaciones por las que atravesaron, le dieron un significado diferente, influido por lo que pasaron: duelos, contagios, pérdidas de trabajo, entre otras situaciones. Por lo que pudieron colocar adjetivos positivos a esta experiencia, mientras otras, por el contrario, negativo. Esto igual se relaciona con las herramientas que tenían previo a la pandemia, aunque otras también usaron este tiempo de encierro para conseguir nuevas, buscando qué era lo que las hacía sentir felices y cómodas.

Sin embargo, se observa que en general y por diversas razones, las mujeres no le dieron mucha importancia a los problemas que se generaron a partir de la pandemia y la cuarentena,

incluso algunas ya tenían esto desde antes de estos periodos de pandemia, aunque fueron capaces de reconocerlos y saber en qué momento es que surgieron y por qué, por lo que se entiende que en cierta forma, sí son conscientes de ellas mismas, de lo que sienten o de cómo les afectan las cosas y no ignoran el hecho de que puede que necesiten algún tipo de apoyo.

Ya colocado esto, se puede pasar al siguiente punto, el que justamente analiza de qué forma es que trataron, o no, los problemas que surgieron a raíz de la pandemia por COVID-19.

4.3 Atención, tratamientos y consejos sobre el problema de salud

Una vez que se ha analizado el problema, debemos pasar a cómo es que fue tratado, ya fuera con alguna persona profesional o los consejos dados por sus redes de apoyo o personas conocidas. Esto porque así podemos detectar la forma en que las mujeres se enfrentan, o no, a los problemas relacionados con su salud mental, también conocer el cómo ellas los miran e incluso las necesidades que tienen al respecto.

Con relación a con quiénes se atendieron los problemas de salud de forma profesional, se destaca la persona médica familiar o de algún seguro médico, dicho de otra forma, con quien acostumbran a ir regularmente cuando tienen alguna enfermedad, síntoma o molestia física, cuyas recomendaciones fueron encaminadas a una alimentación completa, evitar el estrés o algún medicamento. Por otra parte, también es importante señalar que algunas mujeres comentaron que a pesar de saber que necesitaban ayuda o apoyo profesional, incluso desde antes de que comenzara la pandemia, no podían recurrir a este debido a los costos que esto representa para ellas, también el tiempo que requiero buscar a la persona adecuada o porque asumieron que el problema se podía solucionar por sí mismo, que era cuestión de tiempo.

De las personas que pudieron acudir con alguna persona profesional, como terapeutas y acceder a algún tratamiento psicológico o tanatológico, se destacó que principalmente esperaban

obtener apoyo y recursos para poder enfrentar las situaciones que estaban ocurriendo en su entorno, de forma que pudiera resolverlas por cuenta propia.

Pero no sólo existieron los tratamientos profesionales, pues como se señaló anteriormente, no todas pudieron costárselo o le dieron importancia, en esta instancia, algunas comentaron que modificar su alimentación, meditaron, vieron videos de autoayuda o fueron con tratamientos alternativos, específicamente fueron con terapeutas tradicionales, denominados hierberos o yerberos, personas especialistas en medicina tradicional que usan como principal recurso, plantas catalogadas como medicinales, se reconoce que la forma en que adquieren el conocimiento de esto, es por transmisión oral, herencia familiar o al ser aprendices de alguien más; tienen una función terapéutica. (DEMTM, 2009). Lo anterior se escribe debido a la importancia de seguir enmarcando que el conocimiento no es sólo científico académico, hay otras formas de aprender que no deben ser subestimadas o despreciadas.

Otras formas a las que las mujeres recurrieron, fue al uso de la meditación o buscando información de autoayuda en diversos medios (internet, consejos de familia o amistades, libros). Cabe resaltar que cada una de estas medidas tuvieron diferente resultado, ayudando en algunas situaciones, pero en otras no tanto, por ejemplo, en el caso de la meditación, hubo quien señaló que había servido porque no sabía cómo realizarla, pues ya lo había intentado antes, mientras que otras colocaban que el poder tener un tiempo de análisis con ellas mismas, ayudaba a que pudieran atravesar estos procesos.

En la cuestión de leer, alguna expresó que no le ayudaba porque no se podía concentrar lo suficiente para hacerlo, por el contrario, hubo quien, si podía hacerlo y dedicar un tiempo de su día a esta actividad, independientemente del tema de su lectura (autoayuda, ficción, academia). A continuación, se colocan algunas narrativas que rescatan lo anterior:

Camila: el doctor familiar me dijo qué era lo que tenía que hacer, que tenía que cuidarme, comer frutas y verduras, agua, o sea, tratar de mantenerme sana y tratar de relajarme.

Nidia: son para mí, meramente apoyos, porque en todo lo que he vivido, todo lo que me ha dejado eso, son aprendizaje invitan que he estado poniendo como a prueba y en práctica, [...] Mas no que me resuelvan la vida estas terapias, sino con las herramientas que me han brindado todas estas cuatro cosas y demás, cinco, eso, poder resolver yo desde mi experiencia todos esos asuntos que a veces me es difícil resolver, controlando lo que puedo, nada más eso, que me sigan dando herramientas para seguir creciendo como persona, como hija, como ser humano.

Alexa: no, es que ya tengo desde el 2017 con la depresión, pero la verdad no me he atendido [...] Más a parte en cuestión económica pues es caro, creo que son un poco caras, y pues también eso como que me detiene como un poquito, el no poder costearme ahorita esas terapias.

Se puede apreciar que las mujeres llevaron a cabo diversos tratamientos, desde acudir con una persona profesional hasta optar por terapéutica tradicional y alternativa, esto debido en parte a las ideas que tienen sobre la salud y la salud mental; en general a esta última se le da menos importancia ya que se asume que sólo lo que puede sentir físicamente es dañino, mientras que las cuestiones emocionales son algo que se puede solucionar con el tiempo o enfocándose en alguna actividad.

La cuestión de asumir que la salud mental es algo que no requiere atención específica o algo que las personas inventan es una cuestión socio-cultural, en general, en el país, aún se tiene la idea de que las personas que van a terapia tienen mucho tiempo libre, exageran, no son inteligentes o están intentando llamar la atención, sufriendo discriminación, rechazo, estigma o aislamiento, tanto por parte de sus familiares y amistades, como la comunidad, es por eso que mucha gente sigue sin ir buscar la atención necesaria. (INCyTU, 2018).

Es interesante observar que hay mujeres que, incluso antes de ir con alguna o algún profesional, prefirieron utilizar otras opciones para mejorar, lo que de nuevo refuerza que, en general, se puede tener la idea de que las terapias no funcionan, aunado también a que para poder asistir a una se requiere un recurso económico que en muchas ocasiones no se tiene. Lo anterior es una de las muchas formas en que las mujeres configuran su padecer en el aspecto de su salud mental, el pensamiento de que no necesitan asistir con una o un terapeuta, es algo sociocultural, como se punteó anteriormente, deriva de desarrollarse en un entorno que no le da la importancia necesaria a este aspecto de la vida, donde, de hecho, es un tema considerado tabú, por lo que puede que no quieran ser discriminadas o juzgadas por ir.

Se puede señalar que no acudir con un o una profesional es una cuestión más complicada que sólo no querer, aunque no se descartan casos en que en efecto es por eso que no acuden, tiene que ver con el contexto en que las personas se han desarrollado, que han aprendido con respecto al cuidado de la salud mental en sus hogares y fuera de ellos y los recursos que se tienen tanto para buscar a alguien como para pagarle. Pueden creer, por ejemplo, que las emociones o sentimientos por los que están pasando, se irán en cuanto la situación que los detonó termine, es decir, la pandemia y cuarentena o los minimizan pensando que no es algo importante para buscar ayuda.

Por otro lado, algo que también deben hacer en caso de querer acudir con alguna persona profesional, es realizar una investigación sobre con quién asistir, lo que nos lleva a darnos cuenta de que, a pesar de todo, si se tiene una idea general de que, a diferencia de la salud física, donde al enfermarse las personas pueden, y suelen ir, a la farmacia más cercana por una cita, la salud mental es algo que requiere de alguien especialista y que ofrezca confianza, es una situación seria.

Como se puede apreciar en este capítulo, las mujeres sufrieron de diversos problemas derivados o aumentados por la pandemia por COVID-19, estos en general fueron identificados

por ellas mismas, es decir, ellas por cuenta propia fueron quienes se dieron cuenta de estas cuestiones, no fue necesario que acudieran con alguien especialista para que les diagnosticara estos problemas. Se destaca que los principales conflictos fueron la tristeza, depresión, enojo y el estrés, lo que a su vez también les provocó malestares físicos, como dolores en diversas partes del cuerpo o alteraciones en el funcionamiento del cuerpo.

Tener estos problemas, aunque si influye el significado que le dieron a la pandemia y la cuarentena, no fue determinante para marcar si había algo negativo o positivo en ellas, es decir, a pesar incluso haber podido pasar por tristeza o depresión, no necesariamente se señaló que estos lapsos de tiempo fueron por completo perjudiciales en sus vidas, hubo quienes a pesar de las pérdidas que atravesó, pudo utilizar ese dolor para mejorar su relación con ella mismas y con las demás personas a su alrededor, aunque esto también se ve fuertemente influenciado por las estrategias de afrontamiento que cada una tenga incluso desde antes de empezar la pandemia (como realizar sus hobbies o actividades de su agrado, enfocarse en su autocuidado, platicar con sus amistades, la religión) por COVID-19 y la seguridad económica y social con la que contaron.

En cuanto a los tratamientos que utilizaron para solucionar estos problemas se destaca que se sigue teniendo una resistencia, generada por una educación que le da poca atención a la salud mental y falta de recursos, a buscar y asistir con una persona especializada en este ámbito, priorizando acudir con médicas, médicos o medicinas alternativas que soluciones principalmente los problemas físicos, sin intentar ir a la fuente de estos.

Con lo anterior podemos concluir que aún existe una falta de educación con respecto a cuidar de la salud mental propia, los constructos sociales y culturales con los que las mujeres se desarrollan fomentan, restarle o no atención en esta área de la vida. Aunque gradualmente se comienza a trabajar en brindarle a la población una educación en la salud mental de calidad, con el gobierno realizando algunas campañas promoviendo que las personas se enfoquen y cuiden

de sí mismas, los resultados no son algo que pueda observarse en un periodo corto de tiempo, es algo que tardará años, pues es modificar constructos socioculturales de décadas, además de que debe ser un esfuerzo que el solo colocar carteles con información en diferentes lugares de las ciudades, debe añadirse el tema en la educación básica y fomentarlo desde la infancia.

Una vez que hablamos de los problemas que existieron, daremos paso a conocer las formas en que las mujeres los enfrentaron, cuáles fueron sus estrategias y cómo las desarrollaron.

Capítulo V. Estrategias de afrontamiento que las mujeres desarrollaron para atender las afectaciones derivadas de la cuarentena por la pandemia por COVID-19

En el apartado anterior pudimos observar y analizar cuáles fueron los principales problemas relacionados a la salud mental que las mujeres enfrentaron derivados de la pandemia por COVID-19 y el periodo de cuarentena colocado como medida de seguridad por el gobierno del país, a dónde y con quién acudieron para tratar estas dificultades y qué fue lo que estos procesos significaron para ellas. Por consiguiente, en este capítulo se revisa específicamente cuáles actividades o pensamientos fueron los empleados por las mujeres para hacer frente a las afectaciones por las que pasaron durante este lapso de tiempo, siendo estas enfocadas principalmente en la salud mental pero tampoco dejando de lado las cuestiones físicas, conociendo también cuáles fueron los resultados al utilizarlas e incluso cuánto tiempo pudieron dedicarles a estas acciones.

Para comenzar este capítulo, se rescata el que Castrillón y Martínez (2023), escriben que, con base en una propuesta antropológica, coherente con los fundamentos del trabajo social, las emociones “son asumidas como relaciones, producto de una construcción social y cultural, que incluyen interpretación, expresión, significación, relación, regularización de un intercambio” (p. 174) además, estipulan que esta disciplina:

Promueve el reconocimiento de las emociones como parte fundamental de la relación que construimos con nosotras(os) mismas (os) y con otras(os) en diferentes interacciones; se estimula la apropiación de su significado contextual, interconectado, relativo, no jerárquico, ni binario; y se suscita el papel crucial de su reconocimiento en la calidad de tales relaciones. (Castrillón y Martínez, 2023, 174-175)

Otra de las teorías que habla con respecto a este tema, es la del desarrollo cognitivo de Jean Piaget, específicamente la que se enfoca en los dos tipos de adaptación: por asimilación y por acomodación. Con esto no se pretende enfocar la discusión con respecto a si esta teoría es

acertada, si es mejor o peor que alguna otra teoría o indagar demasiado en la profundidad psicológica de la misma, se rescata por el hecho de cómo esta información puede aplicarse y explicar la forma en que las mujeres se acoplaron a las modificaciones que la pandemia y la cuarentena causaron en su cotidianidad.

En primera instancia, está la adaptación por asimilación, es decir, es la forma en que las personas entienden y adecuan la nueva información que reciben del exterior, es decir, toman lo nuevo y lo acoplan al conocimiento que ya tenían, de forma que este puede ser reforzado o simplemente tratar de darle un sentido. Por otra parte, la adaptación por acomodación es cuando en lugar de que la nueva información sustente lo que ya se sabía, cambia los esquemas que previamente se tenían, debido a que estos ya no son funcionales para la situación a la que se les está haciendo frente. Piaget señalaba que estas dos formas de adaptar la información son correlacionales, una no puede estar sin la otra.

En esto se profundizará en próximos rubros, pero se puede hacer mención de que las mujeres utilizaron ambas formas de adaptación con respecto a las cosas que hicieron durante la pandemia y la cuarentena, siendo primero la de asimilación, relacionando la situación con la anterior cuarentena vivida en el país en el 2009 por la influenza, una vez que se dieron cuenta que la crisis era diferente y más complicada, hicieron uso de la adaptación por acomodación, modificando la información que tenían antes y cambiando su esquema de cómo era y se vivía una pandemia y un periodo de encierro.

Como cada cuestión señalada durante esta tesis, hay que analizar todo teniendo en cuenta la interseccionalidad, esto no es la excepción, pues para poder hacer frente a las diversas complicaciones que atravesaron durante la pandemia y la cuarentena, las mujeres utilizaron diversas estrategias, cada una acorde a su contexto, sus experiencias y el conocimiento que tenían sobre ellas mismas, por lo que algunas pudieron realizar ciertas cosas que otras quizá no, debido a sus recursos, sus trabajos o incluso su forma de pensar.

Enfocando en las actividades que realizaron, estas tuvieron que ser principalmente de su agrado y que les ayudaran a reducir el estrés. También realizaron diversos hobbies que tenían o bien desarrollaron durante el tiempo de encierro.

Con respecto a las actividades que las mujeres señalaron haber realizado, están principalmente las enfocadas en el autocuidado, cosas como los llamados tratamientos de belleza (mascarillas, maquillaje o cuidado de la piel) en estas se destacó que las hacían sentirse relajadas y felices cuidar de ellas mismas. Otra cosa que varias señalaron haber hecho fue la meditación, estos momentos en lo que reflexionaban sobre lo que estaba pasando, cómo lo estaban afrontando o como solucionar problemas que surgieron, también fue aquí donde realizaron un autoconocimiento de sus emociones, gustos y sentimientos.

En su dimensión física, el cambiar su alimentación al dejar de consumir alimentos procesados y enfocándose en preparar la comida directamente en sus hogares o aumentando el consumo de frutas y verduras, fueron acciones y actividades que ayudaron a mejorar su ánimo y su salud, así como disminuir el estrés y los sentimientos negativos, además, algo que varias realizaron fue el hacer ejercicio dentro de su casa, debido a que es una actividad que no necesita de un espacio tan grande o una gran cantidad de materiales o recursos, aunado a que gracias al internet pudieron encontrar tutoriales que les dijeran que rutinas hacer y cómo hacerlas.

Las anteriores actividades son enfocadas específicamente en el cuidado personal, por lo que el hecho de hacerlas genera no solo calma, si no satisfacción, las mujeres que las realizaron tuvieron el tiempo de poder dedicarse no sólo a hacerlas, sino investigar sobre opciones, técnicas, lugares de compra o los materiales que se deben utilizar, tiempo que antes quizá no tenían.

Es importante señalar como el realizar estas acciones de autocuidado, el cuidado de la piel, las mascarillas, el maquillaje o hasta la meditación, son actividades que socialmente se

asocian sólo a las mujeres, son sólo ellas quienes pueden hacer uso de ellas, ya sea por diversión, control de emociones o por cuestiones laborales, por lo que tienen permitido hacerlas, no sólo en cuestiones de pandemia o cuarentena, sino en general, contrario a los hombres de los que se esperaba, socialmente, manejar sus emociones con actividades físicas, con ejercicio de fuerza, por ejemplo. De hecho, incluso las mujeres que señalaron hacer actividad física se enfocaban en entrenamientos aeróbicos o cardio, casi nunca algo que involucrara pesas o mancuernas.

Vemos como las mujeres se cuidan o auto procuran sin recibir un castigo social, aunque con prudencia, pues el pasar tiempo realizando esto lleva a que puedan ser amonestadas por no realizar otras actividades del hogar asignadas o incluso, son ellas mismas quienes pueden pensar que ya llevan mucho tiempo sin hacer algo “productivo”, lo que la lleva a dejarlo y enfocarse en otras cosas que no necesariamente son de su gusto. Esto puede ser por la cultura en la que viven, una cultura que señala que las mujeres deben encargarse de las tareas del hogar, pues como no trabajan en el ámbito público, si deben hacerlo en el privado, que es donde las coloca el patriarcado, esos roles les dicen que ellas son las últimas y que deben poner a las demás personas antes. Aunado a lo anterior, está el capitalismo, que implica que todas las personas deben ser fuerzas de trabajo y ser productivas, quien no lo hace, no sirve para este sistema y en automático recibe un castigo, tanto por otras personas, como por ella misma.

Por otro lado, también hubo casos en que debido a que las mujeres vivían en una unidad, pudieron salir a pasear con sus animales de compañía, lo que las ayudó a reducir el estrés al poder caminar al aire libre y a no sentirse tan encerradas todo el tiempo. Los animales de compañía fueron un apoyo significativo para las mujeres que se encontraban solas o no tenían muchas personas con quien relacionarse, pues pueden platicarles, hacerles cariños, pasar tiempo a su lado; es una compañía muy valiosa en momentos de encierro que ayudan a lidiar con la soledad, aunado también del cariño y amor que se les puede tener. La realización tanto

de estas actividades como las enfocadas en la dimensión física, el autocuidado se puede observar en las siguientes afirmaciones realizadas por las participantes:

Nancy: *hacerme mascarillas o buscar en internet cosas para la cara, para la piel, ese tipo de cosas si fue como más para mí, ya después lo dejé de hacer porque se me olvidaba quitármelo, pero si fue más como cuidado personal.*

Alexa: *pero ya después que empezamos a retomar el ejercicio, pues ya fue como que ya, empecé a comer mejor otra vez, ya dejé las chucherías y todo eso, pues sí, ahí ya mejoro como que mi alimentación, también empecé a ir al nutriólogo, seguimos ya con el ejercicio, ya es esencial.*

Elisa: *aquí cerquita, en otra unidad, está un parquecito y hay juegos para hacer ejercicio y llevan perritos, llego muy temprano con mi perrita a que camine tantito [...] y ya me vengo con la perrita, pero ya caminó un rato y yo también, me sirve también de ejercicio caminar, aunque sea un ratito [...] Entonces ya se queda aquí y otro día no, y un día me quedo pues solita nomás con mi perrita, me sirve mucho, platica uno con ellos, yo luego me pongo a platicar con Camila y nada más mueve su cabeza de un lado a otro, nomás se me queda viendo. Si entienden.*

En cuanto al tiempo que pudieron dedicar a realizar estas actividades hubo quienes no pudieron hacerlo muy seguido por las responsabilidades que tenían, principalmente las dedicadas a su educación, trabajo y los quehaceres domésticos, por otro lado, quienes sí pudieron efectuarlas fue hasta después de acostumbrarse a las modificaciones a su estilo de vida y las nuevas rutinas derivadas por la pandemia y cuarentena, sólo en ese momento pudieron retomar o comenzar a realizar alguna actividad de su gusto; en relación a la cantidad de veces que lo hacían, algunas señalaron que fue entre una vez al día, durante las noches o algunas veces a la semana en el caso de ser clases en línea de alguna actividad.

En relación con lo anterior, una vez que las actividades presenciales se retomaron, las mujeres dejaron de lado el tiempo para sí mismas, lo que puede implicar que su estrés siguiera ahí, ya que como se vio anteriormente, estas actividades les ayudaron a regular sus emociones y sentimientos; por lo que ahora, aunque esta emoción no sea causada por el mismo motivo, ahora es por salir, trabajar viajar, sigue ahí, por otro lado, también eran acciones que les ayudaban con su autoestima, el cuidado de sí mismas es un tiempo que se ocupara para darse amor, y cortarlo es eliminar una de las herramientas que se pueden utilizar para tener tiempo para sí mismas, conocerse y alejarse de sus problemas. Lo antes mencionado se puede ver en los siguientes comentarios:

Camila: ahora que lo pienso y que también lo comentas, creo que las cosas que hice como hobbies me ayudaban a sentirme mejor, pero realmente no siempre las puedo hacer, porque estaba estudiando, de repente me entró como la ansiedad de ser esa persona que no tiene capacidades para trabajar o no está preparada y metí dos diplomados, dos cursos, dos talleres, todo lo que dijera gratis lo metí. Y entonces pues, aunque sigue siendo en línea, no te alcanza el día para decir "Voy a hacer un hobby de forma cotidiana".

Nidia: y ya fue hasta esta otra parte, o segunda parte de la cuarentena, bueno, más bien de la pandemia, porque ya no estamos en cuarenta, en donde empecé yo a retomar mis clases de danza, yo soy bailarina de danza folclórica, y con unas rutinas de acondicionamiento físico.

Leonor: los fines de semana quizá, fíjate que me puse a estudiar para poder entrar, quiero cambiar de carrera, [...] me puse a estudiar para el examen del ingreso al Poli, no me quedé, me hizo falta porque la verdad es que el trabajo si consume, a veces si me acaba, y luego llegar después de 8-9 horas, a veces 10, de estarle pues en chinga y con tu mente súper ocupada, llegar a estudiar, a veces si decía "Me voy a dormir, si estoy muy cansada" otros días decía "Estoy harta" otros "No, no hay de otra, tienes que estudiar", entonces, gran parte del trabajo si me abarca mucho tiempo

En este punto, se debe hacer hincapié en que las redes sociales fueron de vital importancia para realizar diversas actividades, desarrollar las relaciones interpersonales, poder continuar con responsabilidades como el trabajo o la escuela, fortalecer las redes de apoyo y mantener el contacto con otras personas, esto último utilizado como estrategia importante para las mujeres, hablar por teléfono o videollamada con amistades o familiares que no vivieran en la misma casa, tanto para saber cómo estaban como también para platicar de cualquier otra cosa, de forma que se concentraran en otras situaciones que no fueran sus problemas o la pandemia y el encierro por el que estaban pasando, de hecho las mujeres destacan que es una forma de tener contacto con el exterior.

Las anteriores actividades no fueron las únicas estrategias que las mujeres utilizaron para sobrellevar la pandemia y la cuarentena, también restarles importancia a las cosas fue un método efectivo para reducir el estrés, esto tratando de pensar en otras cosas o en que el problema no era tan grande, preocupante o que requiriera de mucha energía mental para resolverlo, eso o se enfocaban en que había cuestiones que estaban fuera de su control, por lo que inquietarse excesivamente no las iba a llevar a nada. Lo anterior tiene la ventaja de que ayuda a las mujeres a que puedan orientar su atención y sentimientos en otras actividades y cosas, les resta una carga emocional; sin embargo, también existe la posibilidad de que los temas a los que les resten importancia sean significativos para las personas con las que cohabitan, sus redes de apoyo o su comunidad (por ejemplo, el hacer uso o no, de las medidas de sana distancia) lo que en algún punto podría provocar un conflicto.

Otra cosa que realizaron fue disfrutar de las pequeñas salidas que podían hacer, como al realizar las compras de la despensa o al acudir a pagar algún servicio; otras cosas que ayudaron fue resolver rompecabezas, leer, dibujar, ver películas y series, realizar cosas nuevas como cocinar o incluso escribir un diario donde pudieran colocar cómo se sentían y todo por lo que estaban pasando, en este último caso se señaló como un gran soporte en un momento donde

no era posible tener una comunicación cara a cara con amistades o pareja, además de que esta se estaba adecuando a las nuevas condiciones de distancia.

Todas estas estrategias les ayudaron a poder tener su mente enfocada en otras cuestiones en lugar de en sus emociones o sentimientos negativos con respecto a la pandemia y la cuarentena; algunas, sobre todo las que se enfocaban en sus hobbies o gustos, las hicieron sentir, hasta en un punto felices, era una forma de canalizar el estrés, la ansiedad, enojo o la tristeza, podían, incluso, sentir tranquilidad

Señalan también que la resignación y la costumbre fue lo que les ayudó a poder enfrentarlas, el hecho de que muchas sentían que era una repetición de acciones, pues cada día era lo mismo que el anterior, volvió algunas cosas un hábito, lo que enseña que fue una cuestión que hicieron de forma obligatoria en lugar de ser algo que ellas decidieran conscientemente, específicamente esto es en el caso del encierro, pues como fue una medida establecida por el gobierno, no podían negarse totalmente a hacerlo, sumado también al miedo que muchas tenían de salir, contagiarse y por consecuencia contagiar a una persona de su familia.

Algo que se quiere hacer notar con este punto, es que en general, en la cultura patriarcal donde las mujeres se han desarrollado durante siglos, ellas siempre han tenido que estar sometidas a lo que los hombres quieren, es decir, en muchas decisiones o cuestiones, ellas no tienen, o no deberían, tener una opinión, por lo mismo, el hecho de resignarse a que alguna cosa pase de la forma en que lo hace, no se vuelve tan difícil de hacer, es una acción que muchas veces llevan realizando incluso de forma inconsciente, en síntesis, a las mujeres se les socializa de forma que pongan menos resistencia a las cosas, que “se quejen menos”, de lo contrario, existe un castigo por parte de la sociedad, un rechazo hacia ellas.

Es interesante que, aunque no necesariamente utilizaron esa palabra, las mujeres lograron adecuarse a los cambios que ocurrieron a su alrededor, lo que finalmente también es

una estrategia para afrontar situaciones complicadas, la habilidad de poder aceptar ya fuera por iniciativa propia o porque no había otra opción, las complicaciones que acontecen en su vida.

Sin embargo, tampoco podemos dejar de lado que socialmente a las mujeres se les enseña a no quejarse de lo que les está pasando, a tener paciencia para con otras personas y situaciones, aunque si se les permite mostrar ciertas emociones, como amor o felicidad, hay otras que no, especialmente el enojo y la frustración. Las mujeres deben tener fuerza emocional, pues como se menciona constantemente, son ellas quienes deben hacerse cargo del hogar y de las personas que viven en él, por lo que no tienen permitido quebrarse, se vuelve incluso una necesidad el que se adecuen a cualquier cosa.

Igualmente, y relacionado con las emociones, mencionaron que expresarlas fue, no sólo reconfortante, sino hasta necesario, llorar cuando querían o sentir enojo y no guardarlo, básicamente evitar minimizar cualquier emoción, ya que de esta forma no estaban conteniendo sus sentimientos, como consecuencia, era menos probable alguna explosión de estos en un momento de crisis. Lo anterior, consiente o no, es una forma de autocuidado que las mujeres tuvieron con ellas mismas, priorizar sus necesidades y hacer lo que consideraban adecuado para su salud, aunque no sea con una persona profesional en el tema de la salud mental, el hecho de que pudieran comentarle a alguien sobre lo que pasaba en sus pensamientos, les ayudó, incluso, a procesar las cosas, poder ver las situaciones desde puntos diferentes o simplemente sentirse comprendidas por alguien que podría estar pasando por lo mismo.

Otra cosa, fue escuchar las experiencias y consejos de otras personas, fue algo que ayudó en sus procesos, en algunos casos al comparar y reconocer que sus situaciones no eran tan negativas como la de otra gente, aunque sin minimizar nunca sus sentires, y en otras, en lo que estas conversaciones les aportaban. Esto se destaca en los siguientes comentarios:

Leonor: *gran parte del trabajo si me abarca mucho tiempo, y los fines de semana, pues usualmente los ocupo para ser ama de casa, que la ropa, que no sé, lava esto, lava el otro, tienes tal pendiente, ve aquí, compra allá, tu despensa, entonces pues no, prácticamente no hacía más, quizá en las mañanas si me paraba a hacer ejercicio [...] pero de ahí afuera no.*

Camila: *una estrategia que si recomendaría es llamarte por teléfono al menos con alguien a quien aprecies que no viva en tu casa [...] En mi caso yo hablaba mucho con mi novio y con mis mejores amigos y amigas, sobre todo con mi pareja hablábamos al menos una vez a la semana por teléfono, aunque sea media hora, pero siento que escuchar la voz de alguien más es muy reconfortante.*

Alexa: *me permití sentir, porque hay veces que uno mismo minimiza sus sentimientos, suena muy redundante, pero pues sí, uno mismo minimiza eso, lo que siente, y pues al contrario creo que yo me permití, y me permitió todo esto conocerme un poco más y reconocer lo que sentía, y pues si llorar si era necesario llorar, pero pues una lloradita y a seguir con la vida.*

Algo que destaca es que algunas mujeres utilizaron como estrategia acudir a métodos alternativos de terapia que no necesariamente tienen una validación de parte de la comunidad científica, como lo es el estudio de los chakras, las constelaciones familiares o la religión, y a pesar de las diferentes opiniones a favor y en contra, fueron factores clave para que pudieran enfrentar los problemas y las pérdidas por la pandemia por COVID-19, incluso en algunos casos fomentó a que acudieran o buscaran una atención profesional.

Lo anterior está directamente relacionado con las creencias y conocimientos previas que las mujeres tenían sobre estos temas, no fue común que, si antes de la pandemia dudaban de la eficiencia de estas terapias o métodos, comenzaran a hacerlo durante la cuarentena, fue una cuestión de un aumento en esas creencias o la necesidad de tener fe en algo superior para poder enfrentar estos problemas, por ejemplo, el creer en que Dios tiene un plan y que las cosas pasan

por algo fue una estrategia que ayudó a enfrentar el luto y el miedo. Además, es necesario acentuar que incluso hubo una diferencia dependiendo de las edades de las mujeres que participaron, quien era adulta mayor fue quien se orientó hacia la fe en Dios o en su religión, mientras que las más jóvenes (entre 20 y 35 años) fueron hacia las otras alternativas, como terapias tanatológicas o psicológicas.

Otra cosa es que, hubo un caso de una mujer que, desde antes de iniciar la pandemia tenían un proceso terapéutico, es decir, asistía a terapia psicológica, esta fue vital para poder tener una gestión adecuada de sus emociones y cómo manejarlas, por lo mismo destaca que las medidas tomadas por el gobierno, como la sana distancia o el aislamiento en los hogares, no tuvieron un efecto tan negativo en ella, no más allá de las consecuencias de la falta de contacto con otras personas y el exterior, estas cosas si le causaban frustración, estrés o miedo, pero ella ya sabían reconocer esas emociones y como controlarlas y expresarlas para que no les provocara un problema a futuro.

Con esto se puede visualizar la importancia de una educación y atención adecuadas en la salud mental en todo momento, no sólo en una dificultad, ya que estos se enfocan en brindar a las mujeres las herramientas necesarias para poder atravesar procesos de crisis, cómo conocerse y reconocer qué es lo que les provoca ciertas emociones y sentimientos y que pueden hacer para manejarlos. Relacionado con esto, también está el poseer una higiene mental, que se define como “serie de medidas precautorias que sirven para prevenir la aparición de enfermedades mentales, para mantener el equilibrio psíquico y favorecer la adaptación al ambiente” (Galimberti, 2006, 558). Se debe hacer énfasis en la responsabilidad del estado en brindar una prevención para los trastornos psiquiátricos y hacer una promoción de la salud mental, de forma que los problemas relacionados con ella se reduzcan, especialmente en situaciones impredecibles, como una pandemia o una cuarentena.

Leonor: *entonces el tema de que yo no me frustró de más [...] este libro “Tus zonas erróneas”, a mí me recreó como persona, me hizo, como te digo, dar un giro de 180° y tener otra perspectiva de mí, y aprendí a conocerme y a amarme y a muchas cosas, pero lo más importante de este libro fue que aprendí a cómo controlar y, es que no la manipulas, si no la jalas, jalas a otro lado tus emociones, entonces pues gran parte eso ya lo tengo como que bien adiestrado, el decir “No me voy a malestar, no me voy a enganchar” porque no vale la pena, o porque yo controlo mis pensamientos, los pensamientos, las emociones son pensamientos, entonces eso se puede cambiar, lo puedes cambiar de dirección, lo puedes redireccionar, ósea ¿Lo tienes que sacar eso? Sí, eso es un hecho, pero tú decides cómo tomar las cosas, o como no tomarlas, entonces, por decir, en temas de frustración, enojo, coraje, es muy difícil que yo explote, que yo llegue a llorar o que llegue a pasar algo malo, porque justo aprendí el tema de ir modificando o controlando esas emociones.*

Algo que es vital señalar, es que en general, lo que las mujeres buscaban obtener o sentir al realizar estas acciones era paz, paz física y mental y tranquilidad, dentro de todo el estrés, miedo, ansiedad y preocupación que estaban viviendo, querían poder tener momentos para ellas mismas en donde pudieran disfrutar y aprovechar de alguna manera, la situación por la que estaban pasando, sacarle lo positivo a lo que vivieron.

Por otro lado, estas acciones son cosas sobre las que tenían control, contrario a la situación de encierro y pandemia, por lo que este sentimiento fue importante para un proceso poder hacerle frente, en menor o mayor medida, a todas las emociones negativas que tenían.

Además, hay que reconocer que a pesar de que en general la situación de encierro provocó en su mayoría sentimientos negativos, como enojo, tristeza, ansiedad o estrés, hubo quienes estaban cómodas con ese estilo de vida, específicamente quienes siempre fueron personas introvertidas que no disfrutaban del contacto físico o de las multitudes. Para quienes

podieron estar en su casa de forma cómoda, esta experiencia incluso pudo darles tranquilidad en un mundo que continuamente está en movimiento.

Conforme a las respuestas que las mujeres dieron, también se pudo notar que ellas son conscientes de que las estrategias que utilizaron no necesariamente aplican a todo el mundo, pues la efectividad depende de cómo sean las personas, que les gusta, que no o hasta cuánto tiempo tienen para poder dedicarse a ellas mismas, incluso los espacios en los que se encuentran; que a ellas les funcionaron por los procesos que ya han llevado con ellas mismas. Quién tenía previamente un hobby sabían de antemano que esta actividad le generaba tranquilidad y paz, por lo que sabía que realizándolas podía controlar o disminuir el estrés de las diversas situaciones que pasaban.

Pero también hubo actividades que descubrieron que ayudaban una vez que las realizaron, algunas señalan, por ejemplo, que no eran muy afines a cocinar, pero al estar en redes sociales y ver videos de recetas, combinado con el tiempo libre, impulsó que quisieran intentar realizar esto, fue cuando se dieron cuenta de que estas cosas ayudaban no sólo a sentirse mejor, sino también a quitarle la monotonía a sus días y a descubrir habilidades que no sabían que tenían. Además, en algunos casos fue algo que pudieron realizar en conjunto con su familia o alguna persona de ella, lo que también fomentó a reforzar los lazos sociales.

Pero no sólo eso, algunas de las actividades que realizaron fue para no pensar en lo que estaba pasando a su alrededor, el hecho de ver una serie, telenovela o película lograba que al enfocarse en la trama y en lo que cada personaje enfrentaba, no se enfocaran en su contexto, al menos durante el periodo de tiempo en que ese entretenimiento durara. Lo anterior se puede notar en los siguientes comentarios:

Camila: me gustan mucho los rompecabezas [...] había estado comprando muchos, muchos rompecabezas, sobre todo antes de entrar a esta situación y ante mis vacaciones entre

un semestre y otro, me dedique a armar rompecabezas. Entonces había puntos en los que, si me llenaba de tensión porque dices “Uy, ¿dónde va esta pieza?” pero me ayudaba a concentrarme como en un momento zen, de, ósea, solo me sentía atenta por el rompecabezas, más allá de esas piezas, como que lo demás no existía

Nancy: entonces eran mis papás y yo, y como no salimos ni nada estábamos tranquilos, siento que todos teníamos como un ritmo de vida tan diferente que llegó el momento donde ya no hacíamos nada y nos sentábamos a ver una serie, y podíamos estar sentados horas viendo una serie, desde las 8 de la noche hasta las 3-4 de la mañana, nos íbamos a dormir y otra vez despertábamos y desayunábamos, levantábamos y otra vez, a las 7-8 de la noche otra vez, otros diez capítulos

Elisa: pues la tele, la tele es lo que más me distrae. Como que se van los demás pensamientos, y si uno se aboca a estar viendo la telenovela, vamos a decir, seguirle el drama a la novela, es seguir [...] sino sigue uno el drama o la novela, pues sigue uno pensando y pues sale igual, entonces es centrarse uno, ya sea en las noticias, en la película, en la novela, en lo que está uno viendo.

Es aquí donde se destaca la necesidad de que las mujeres lleven en su vida cotidiana procesos de autodescubrimiento o incluso hasta terapéuticos, es de vital importancia para el bienestar en la vida día a día poder reconocer los sentimientos y emociones que se generan y el por qué, pero también cómo es que estas se manejan, se gestionan y cómo poder procesarlas de una forma adecuada. No hay una educación del cuidado sobre la salud mental hasta que ocurren situaciones de riesgo o catástrofes y es hasta esos momentos donde se pretende controlar algo que pudo haberse evitado.

Muchas veces, debido al estilo de vida que se tiene, con el capitalismo y la globalización, no se tiene oportunidad ni tiempo para que las personas se conozcan a si mismas, pues en

general están muy ocupadas con sus labores y trabajos, especialmente las mujeres, quienes debido a los roles y estereotipos de género que les señalan que su deber es encargarse de otras y otros, no procuran hacer algo para ellas mismas. Las madres, por ejemplo, dedican toda su vida a sus hijas o hijos y a sus parejas, a su cuidado y a satisfacer sus necesidades, a esto también se le añade en una cantidad considerable de casos, las labores del hogar, los estudios y el trabajo con remuneración económica.

Debido a esto, las mujeres que pudieron estar en sus hogares sin necesidad de preocuparse por otra cosa, como el obtener los recursos económicos o la administración de estos, pudieron usar su tiempo para realizar actividades de autodescubrimiento y cuidado, mientras menos responsabilidades tuvieron, era más el tiempo libre para poder hacerlo. Cabe aclarar que el hecho de que estas mujeres no tuvieran tantos compromisos no implica que no hicieran nada, pues todas realizaban labores domésticas enfocadas en el cuidado del hogar.

Por el contrario, quien sí tuvo que encargarse de llevar los recursos económicos a su casa destacó la falta de tiempo que tuvo para enfocarse en realizar alguna actividad que la ayudara a enfrentar sus afectaciones, pues incluso parte de su tiempo libre lo dedicaba a realizar tareas del hogar, aunque esto no impidió que, al menos durante unas horas, pudieran realizar ejercicio o algún hobby que la ayudara a distraerse.

Con relación a las estrategias adaptativas, se señala que, en un principio, algunas mujeres no entendieron la seriedad de la situación debido a que su previa experiencia con una cuarentena no era algo que durara tanto, por lo mismo, no tenían alguna estrategia para afrontar esta situación, pensaban que era algo que duraría un corto tiempo. Al darse cuenta de que esto no era así y que en realidad no había una fecha cercana para el fin del encierro, tuvieron que cambiar el esquema de cómo se podría hacer frente a un contexto como este, donde no podían salir, tenían que realizar todas sus actividades en sus hogares, estar las 24 horas del día con su familia, cuidar a las infancias y apoyarlas en las actividades escolares y cuidar de las personas

enfermas; aquí fue donde recurrieron a hacer uso de nuevas estrategias para enfrentar lo que el escenario estaba causando en su salud mental: escribir sus emociones, ver series o películas, tratar de restarle importancia a la situación, autocuidado.

Es muy interesante conocer las estrategias que cada mujer utilizó para sentirse mejor o afrontar los problemas que surgieron en su entorno debido a la pandemia y cuarentena, también cómo es que experimentaron con respecto a las actividades que realizaron y cómo esto influyó en su modo de ver estas temporadas de su vida y a ellas mismas. Pero estas no fueran las únicas acciones que tomaron al respecto, también necesitaron de redes de apoyo con las que pudieran contar en los momentos difíciles, cuestión que da pie al siguiente capítulo.

Capítulo VI. Redes de apoyo social de las mujeres durante la cuarentena: familiares, amistades, personas vecinas, compañeras e instituciones.

Este capítulo se enfoca en conocer las redes de apoyo, definidas como “conjunto de lazos y relaciones que se establece entre personas y situaciones colectivas, que se han configurado para que fluya la ayuda e información sobre cuestiones particulares” (Egg, 2006, 293) que las mujeres tuvieron durante la pandemia y la cuarentena por COVID-19, desde las que están compuestas por familia y amistades, hasta las que pueden ser integradas por vecinas, vecinos o alguna institución con personal profesional en salud mental.

Como ya se observó en capítulos anteriores, las complicaciones que surgieron a raíz de la pandemia y cuarentena fueron diversas, desde las que afectaron a las mujeres de forma física, dolor en el cuerpo, insomnio, aumento de peso, entre otras, como las que afectaron específicamente su salud mental, estrés, miedo, enojo, ansiedad. Debido a esto, ellas necesitaron de un sistema de apoyo con la que pudieran hacerles frente, por lo general, estas redes existían incluso antes de la pandemia y cuarentena, simplemente en estos periodos los lazos se pudieron hacer más fuertes, de igual forma pudieron sentir que no estaban completamente solas.

Como primera opción, las mujeres señalaron que compartieron sus sentimientos, emociones y malestares físicos sobre lo que estuvieron pasando, con las y los familiares con quienes cohabitaban, principalmente sus madres, esto debido a la relación de confianza que existe entre ellas y por la necesidad de que supieran cómo se sentían respecto a diversas cuestiones (escuela, trabajo, amistades, parejas, estar encerradas) y que no hubiera conflictos o en dado caso, resolver lo que estuviera pasando. En otros casos en que sus preocupaciones pudieron ser compartidas con su madre y su padre, en el caso de vivir con ella y él, como el no poder conseguir empleo por la pandemia o no poder continuar con sus estudios, por ejemplo. Pudieron sentirse alentadas debido a la respuesta positiva y de apoyo que obtuvieron de su parte,

destacando que, aunque fueran exclusivamente palabras y no acciones, fue un alivio para la situación de estrés.

En segundo lugar, compartieron sus sentires con sus amigas, ya que era común que empatizaran con sus experiencias, debido a que en varias ocasiones se encontraban en los mismos procesos de cambio, aceptación o terapéuticos, lo que hacía que se sintieran reflejadas en las otras y que fueran incluso comprendidas. Con ellas hubo una sensación de acompañamiento y reciprocidad. En estos casos, la forma en que sus amigas las apoyaron fue principalmente con la escucha, palabras de aliento o consejos, lo que provocó que se sintieran reconfortadas y darse cuenta de que a pesar de que podían hablar con alguien y que tenían una red de apoyo, también era cuestión personal que las diferentes estrategias de afrontamiento funcionaran.

También hubo quien comentaba sus problemas con su pareja, pues de su parte siempre hubo todo tipo de apoyo, por ejemplo, en lo económico, esto las hacía sentir agradecidas, queridas, escuchadas y que no estaban solas, independientemente de si aceptaban esa ayuda o no; en este aspecto, se destaca que, aunque agradecieron el gesto, no fueron capaces de aceptarlo porque sentían que sus problemas eran su responsabilidad, por lo que no se sentían bien accediendo.

Aunado a las relaciones con familia y amistades, hubo quien también compartió algunas de las cosas que sentía con personas no tan cercanas, como compañeras de escuela, de forma que se generara una red de apoyo, a través de ella es que se dieron cuenta de que tenían sentimientos parecidos y por las mismas cuestiones, como violencia que vivían en sus clases (violencia de género y verbal, mansplaining, misoginia), logrando que de forma colectiva pudieran expresar libremente su vivencias y opiniones.

Con base en lo anterior se puede recalcar la importancia de las redes, tanto las que ya existían previo a la pandemia, como las que se comenzaron a formar debido a la misma, también es interesante reconocer cómo los lazos se adaptaron a los contextos, es decir, en las clases a distancia, por ejemplo, las mujeres nunca tuvieron un encuentro físico entre ellas, pero pudieron fortalecer sus relaciones haciendo uso de la tecnología, apps para hacer videollamadas o para mandarse mensajes. Así mismo, es notable que el hecho de poder compartir algunos de sus sentires con alguien les ayudó a poder hacerles frente a esas emociones, sentirse escuchadas y poder desahogarse. Lo colocado en los párrafos anteriores puede verse en las siguientes afirmaciones:

Camila: realmente sentí como más, una mejor recepción y más acompañamiento, cuando lo pude verbalizar con mis compañeras que vivían lo mismo, y cuando por fin nos decidimos todas a hablar fue como de “No manches, todas sentimos lo mismo” y como que nos amalgamamos [...] Y siento que no solo yo, sino que varias pudimos sacar lo que vivíamos y convertirlo en algo útil. Fue muy importante, fue de las mejores cosas que me pasaron este año.

Nidia: con la que más he podido así llorar, es con la que más confianza le tengo [...] con mi mamá [...] cuando es de dolor, de tanto dolor, con mi mamá, siempre me deshago con ella.

Alexa: sobre todo de mi novio, que es como el que anda ahí como que al pie del cañón y si me ha dicho “Si necesitas ayuda yo te apoyo económicamente”, pero como que me da, como que yo siento que no es su responsabilidad, entonces, se agradece el apoyo, pero como que es cosa mía, no me siento bien, siento que es más mío.

Algo que no podemos olvidar es que no sólo compartieron cómo se sentían emocionalmente, también cómo se encontraban físicamente, especialmente si tenían algún síntoma relacionado con COVID-19, como dolores en el cuerpo, tos o nariz congestionada; esto debido principalmente a la preocupación que tenían de que realmente fuera por tener el virus y

el miedo de contagiar a alguien por no advertirle a tiempo. Esto las llevó a realizar remedios caseros, como vaporizaciones para destapar la nariz.

Es importante mencionar que el compartir sus procesos, en general, está directamente relacionado con el tipo de relación que tenían con las personas previo a la pandemia, es decir, quienes tenían relaciones estrechas con sus madres o parejas tenían la confianza de poder comentar con ellas y ellos lo que estaban sintiendo, sin temor a sentirse juzgadas o por la necesidad de ser escuchadas sin algún tipo de reproche o de que sus emociones fueran invalidadas. De la misma forma, quienes no platicaban de cómo se sentían con su familia o amistades era porque sabían cómo podían reaccionar, que les podían incluso regañar, cuestión que no les iba a ayudar de ninguna forma, optando mejor por guardarse sus sentires.

Pero no sólo evitaron compartir sus emociones por la idea de que otras personas podrían minimizarlas, también fue porque ellas mismas las consideraban negativas, como la tristeza o el dolor, y no querían preocupar a nadie con sus problemas, darles otra cosa por la que preocuparse, ya que podían considerar que la otra persona tenía sus propios problemas o porque consideraban que eran cuestiones personales y, por lo tanto, ellas mismas debían solucionarlas.

Lo anterior nos habla de cómo la falta de una educación del cuidado de la salud mental hace que las mujeres creen que deben guardarse sus sentimientos y emociones o que deben ser cuestiones que se deben resolver de forma particular, sin ningún tipo de ayuda exterior; aunque, no sólo se debe a eso, bajo una sociedad patriarcal, se tienen sólo dos binarios: mujer-femenino y hombre-masculino y a cada uno de estos se le asocian ciertos roles (roles de género), es decir, se espera que se comporten, actúen y piensen de cierta manera; durante siglos, las normas que las mujeres han tenido que seguir es guardarse cierto tipo de emociones, sólo pueden expresar algunas, como tristeza o alegría, aunque, incluso estas, tienen que ser mostradas limitadamente, de lo contrario son juzgadas, catalogadas como “histéricas”.

Ahora, al ser quienes se deben hacer cargo del hogar, de las infancias, de las personas adultas y enfermas, es aún más importante que mantengan en contención y equilibrio sus sentimientos y emociones, porque son responsables de otras vidas, es por eso que, por ejemplo, una madre que se queja o necesita tiempo para ella misma, es juzgada duramente como una mala progenitora o una hija que no quiere cuidar de su padre o madre por querer realizar sus actividades personales, es sancionada como una “malagradecida”. Lo conflictivo de este tipo de pensamiento, de no querer expresar lo que se siente pensando en no incomodar o molestar a las demás personas, es que es algo que se ha normalizado durante años, no es necesario que alguien le diga a una mujer que se guarde lo que siente y que no lo comparta, ellas se lo dicen a sí mismas, porque es lo que han aprendido, de sus madres, abuelas, escuela, medios de comunicación.

También hubo mujeres que no compartían lo que sentían con nadie porque en realidad no tenían con quien hacerlo, tanto por encontrarse casi todo el día solas y sin salir o por no tener muchas amistades para platicar, lo que las dejaba solas para procesar sus emociones, que a su vez las llevó a tener que usar algunas estrategias de las destacadas en el capítulo anterior, realizar hobbies, ver programas de televisión o hacer alguna actividad física. Cabe destacar que, con base en lo recuperado por las entrevistadas, esto no fue por un problema o trastorno de la salud mental previo, fue por la forma en que fueron socializadas y aprendieron a procesar sus emociones. En los siguientes comentarios se puede apreciar lo señalado en los párrafos anteriores:

Camila: pues lo físico, sobre todo por mi tos, si le comenté a mi mamá, porque me daba miedo que fuera COVID, y sí me parecía importante decirle a mi familia “Me siento así”.

Nidia: a veces si me sentía como con la necesidad ¿Sabes?, de ser escuchada. Hay otras cosas que prefería ya, después de mucho tiempo, guardarme para mí, que no todo el tiempo tengo que andarle contando mis cosas a todo el mundo, sino que poder resolverlo desde lo que

yo tengo, desde lo que estoy pasando, porque sé que ellas también están viviendo procesos que a lo mejor no le pueden contar a nadie y también resolverlos.

Elisa: pues no, que cree que casi no, no mire, amistades casi no tengo, la familia pues ya no la veo, con nadie yo casi he comentado nada, inclusive aquí me han dicho que me ven muy bien, que me ven muy tranquila y todo, pero ellos no saben por las que he pasado, porque salgo y “Buenos días o buenas tardes” y ya.

Recordemos que a nivel cultural las mujeres deben guardarse sus sentires, especialmente los que pueden ser obstáculos para que realicen sus roles en la sociedad, una madre, por ejemplo, no puede enfermarse, pues suele tener bajo sus cuidados a sus hijas o hijos, de hacerlo, evita en gran medida mostrarse débil o cansada. Por otro lado, también está el cómo la sociedad la trataría si dejara sus responsabilidades, como el trabajo, para descansar, sea cual sea el motivo. Las mujeres que laboran, en general, tienen a resistirse a faltar, pues a ellas se les juzga de forma más fuerte debido a su sexo (en comparación a los hombres), el cuál ha sido considerado por siglos como el “débil”, por lo que se vuelve incluso una obligación para ellas el demostrar que no es así.

En general, el compartir sus experiencias y emociones las hizo sentir liberadas, independientemente de con quién lo hicieran, señalan que incluso había una necesidad de contarle a alguien por lo que estaban pasando. Como sabemos, las personas son seres sociales, que necesitan de mantener relaciones con otras personas para tener un bienestar, la pandemia modificó esto, pues las relaciones se hicieron distantes o complicadas, la forma en que estaban acostumbradas a tratar con otras personas se cortó de forma abrupta, por lo que debieron encontrar nuevas estrategias para relacionarse.

Observando con quienes las mujeres compartieron sus emociones y sentimientos, se puede apreciar que en general, exceptuando a sus parejas, fue con otras mujeres, lo que nos

sugiere que es entre ellas que se crean lazos de confianza y de cariño. Lo anterior debido a que, entre mujeres, generalmente, se tiene una socialización semejante, se viven y se entienden las cosas de formas parecidas, por lo que identificarse entre ellas suele ser algo más sencillo.

Por otra parte, las mujeres no sólo recibieron apoyo, comprensión y escucha por parte de familia y amistades, algunas también acudieron a diversas instituciones que ofrecen servicios profesionales para el cuidado de la salud mental, dependiendo como siempre del contexto donde se ubicaran, sus recursos y su opinión con respecto a este tipo de ayuda.

Como estudiantes, especialmente quienes estudiaron o estudian en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), tienen acceso a diferentes servicios ofrecidos por diferentes escuelas o facultades, siendo estos generalmente gratuitos, sin embargo, en algunas ocasiones, prefirieron no hacer uso de estas por considerar que quizá, debido a que está enfocado en estudiantado y no tenían que pagarlo, ahí no iban a recibir la atención adecuada o específica, lo que las desanimó a contactarles. Aunado a esto está el hecho de que ellas eran conscientes de que la administración de la universidad era lenta por las modificaciones que tuvo que hacer del sistema presencial al sistema en línea, derivadas de la cuarentena obligatoria. Otro punto para no acceder a estos servicios es que podían considerar que sus problemas no eran tan graves como el de otras personas, por lo que podía estar ocupando un lugar o tiempo que alguien más podría necesitar con urgencia.

Por el contrario, otra de las mujeres tuvo acceso a espacios de acompañamiento psicológico debido a que directamente su escuela los ofreció, fue a raíz de estas sesiones que ella misma reconoció que eran necesarios para continuar con sus diversos procesos, especialmente los enfocados en el duelo por la pérdida de familiares enfermos por COVID-19, aunque para estos asistieron específicamente con una persona tanatóloga, por parte de estas terapias, donde señalaron que les brindaba paz, tranquilidad y sobre todo ayudarlas a aceptar la muerte. Una de las ventajas que tenían algunas de las sesiones con estas profesionales fue que

en varias ocasiones pudieron ser llevadas a cabo en línea, lo que les facilitaba poder atender a las citas.

También hubo quienes por un periodo de tiempo, pudieron acceder a servicios privados de terapias psicológicas, aunado al hecho de que era un proceso que inició antes de la pandemia, mientras duraba el tiempo de encierro, fue un fuerte apoyo, pues era una persona ajena a la familia que podía comprender lo que ocurría de forma objetiva y por lo mismo dar un asesoramiento adecuado y profesional, palabras de aliento e incluso herramientas para atravesar por las diferentes situaciones que surgieron en el momento. Lo anterior se rescata en los siguientes comentarios:

Camila: al principio quise ver cómo estaba el tema, porque como me quedé sin trabajo y ya me estaba acabando mi dinero, no quise ir con un psicólogo particular, pero se me hizo como un poco engorroso el acceder a los servicios médicos de la UNAM, no engorroso en sentido de que iba a ser mucho trámite, sino que sentí que por las cosas que tenía en su momento, y era estudiante, que no iba a poder tener acceso a la atención que necesitaba, porque me dio la impresión, es pura impresión, igual y hasta me dio miedo hacerlo, fue pura impresión de que no iba a poder llevar un como un tratamiento, más bien una atención con una persona, que era más como de “Te sientes mal, llama al call center suicida” y me dio esa impresión y como que me desanimó. Creo que también era complicado hacerlo en ese momento porque la UNAM seguía como muy parada con muchas de sus áreas, y yo decía “Bueno, es que yo solo me siento como al borde de empezar a tener pensamientos suicidas y todo ese pedo porque estoy encerrada en la pandemia” y quizá yo también minimizaba el si era, como decirlo, apta para recibir apoyo o no.

Nidia: como ya se empezaron a dar como estas conferencias, también por parte de la ENTS, algunos otros espacios de acompañamiento psicológico o psicosocial para procesos de duelo y demás, pude unirme a una reunión. Entonces pues poco a poco yo dije “Si quiero ahorita mantenerme en este apoyo psicológico” yo nunca había tomado terapia y fue hasta ese momento

en el que dije “Va, creo que sí, venga, venga todo el proceso que tenga que venir” [...] Con todo eso pues yo fui aprendiendo que, aunque mi papá ya no está, yo tenía que seguir, que, por mí, por él, por mi mamá.

Leonor: antes de la pandemia, yo ya estaba en una terapia psicológica [...] entonces pues mi psicóloga también trato como este tipo de situaciones en las que dices “Siento que no puedo”, no pues me decía “Tranquilízate, esto es momentáneo, tiene que pasar, pero tú tienes que estar bien, tienes que estar fuerte, eres el sustento, no puedes flaquear”, si la verdad recibí mucho apoyo de su parte, pues igual el estar como enclaustrado con tu familia, no salir, hace las cosas muy tediosas, [...] pues te vas dando cuenta que a la familia también le pesa, le pesa estar ahí, que necesita salir [...] Gracias al cielo yo estaba en terapia psicológica y me ayudó muchísimo la psicóloga, pero no sé qué habría pasado si no hubiera esta terapia.

Como podemos observar, varias de las mujeres que acudieron con alguna persona profesional, fue porque era un servicio gratuito, lo que lleva a darnos cuenta de que este tipo de apoyo sigue siendo un lujo y privilegio que no muchas mujeres pueden permitirse debido a otros gastos que deben hacer en otros aspectos de sus hogares, especialmente en la pandemia, donde la situación económica de muchas personas empeoró.

Sin embargo, también coloca la necesidad de que el estado coloque servicios de atención a la salud mental accesibles para toda la población, pues el cuidado es algo que también le compete, además, no sólo es cuestión de tener una clínica o un área específica en algún hospital, es también que sea completo, de calidad y que tengan una buena promoción entre la ciudadanía, que se den a conocer en diferentes medios, para que encontrarlos no sea una tarea difícil para nadie, independientemente de su situación física, económica o social. Así mismo, deben ser servicios que no sólo se enfoquen en solucionar situaciones que ya están, sino que tengan un enfoque importante en la atención primaria, en una prevención y educación sobre la salud mental,

una persona no va a buscar ayuda para solucionar un problema si desconoce la importancia de este para su bienestar.

Otro de los apoyos institucionales de los que algunas mujeres hicieron uso, fue de los apoyos económicos que el gobierno federal ofreció a las familias de las personas que hubieran fallecido por COVID-19. En esta parte hubo un conflicto, pues señalan que ese dinero no reemplazaba a la persona que habían perdido.

Con respecto a asistir personalmente a una terapia, ya fuera en persona o en línea, varias comentaron que evitaron hacerlo debido a que no tenían los medios necesarios en el momento, incluso quien ya iba desde antes tuvo que ir limitando las sesiones que tenía porque la situación de la pandemia y el cómo tuvo que utilizar sus recursos para sostener su hogar, le impedía seguir costeándolas, hasta el punto de que las canceló por completo; cabe añadir que esta situación le causo tristeza, pues este espacio fue de mucha ayuda para poder enfrentar diversos procesos personales (ajenos a la situación de pandemia y cuarentena) y le dio herramientas para poder hacer frente a las emociones que el encierro le produjo.

Hay que especificar que algunas de las mujeres que participaron concordaron que hubo un momento específico donde se dieron cuenta de que necesitaban un tipo de apoyo profesional y lo manifestaron a alguien, fue mediante esas personas que pudieron acceder a información con respecto a lugares donde podían conseguir ayuda profesional, debido a las medidas tomadas en la cuarentena, fue principalmente acceso a número que brindaban atención psicológica, como fueron los diversos servicios ofrecidos para el estudiantado por parte de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Otra de las formas mediante las cuales supieron en qué lugar podían recibir apoyo fue por las mismas campañas de difusión que estas hacían para ofrecer los servicios a quienes los necesitaran, esto principalmente mediante las diversas redes sociales, que fueron los principales

medios por donde las personas se comunicaron y se mantuvieron informadas durante la cuarentena. Incluso también hubo una participante que recibió apoyo a través de su congregación religiosa, la cual ofreció un servicio de tanatología de forma gratuita debido a las pérdidas que muchas de las personas que asistían a misa habían pasado. Así mismo, hubo mujeres que una vez accedieron a cualquiera de estos apoyos, se interesaron por buscar por su parte otras opciones. Los siguientes comentarios de las mujeres participantes recolectan lo anterior:

Camila: hubo en un momento del semestre en que yo expresé públicamente en clase que, pues yo me sentía muy mal, que ya no le veía el sentido a la vida y esas cosas, y varias compañeras y compañeros me dijeron que si estaba bien, que cómo estaba, fueron muy sensibles, y una compañera me facilitó los números de la UNAM.

Nidia: con lo de la ENTS pues por medio de todos los carteles, toda la información en redes sociales, también porque una de mis amigas si me hizo llegar esa información, pero prácticamente porque lo vio en Facebook, en la página principal de la ENTS y en la página web, eso. Y de la tanatóloga, justamente por mi familiar, por mi tía, porque también esa tanatóloga le estuvo ayudando a mi abuelita en su proceso de sanación, y yo dije “Bueno, si ella puede ¿Por qué yo no?” Entonces eso, creo que ha sido también de voz en voz, buscando, buscando alternativas, así es como he estado mirando o buscando el apoyo.

Elisa: fíjese que en la iglesia está viniendo una tanatóloga, y yo no había ido, hasta que fui a misa y la oí hablar, que dijo que no dejáramos de ir.

Con lo anterior se puede hablar de que, a nivel nacional, hay una carente educación sobre el cuidado de la salud mental, siendo incluso un tema tabú o motivo de burla, también de no tener la información necesaria para ubicar servicios comunitarios y públicos de atención a la salud mental, por otro lado, el acceso a terapias o a apoyo psicológico privado requiere de un cierto

poder adquisitivo específico, por lo que no muchas mujeres pueden darse ese lujo. Gradualmente es que estas situaciones se van modificando y son las nuevas generaciones quienes están replanteando esta parte de su salud, sin embargo, aún existe un largo camino por recorrer, especialmente para las viejas generaciones, cuyo pensamiento puede ser que este tipo de ayuda no sirve o que es una pérdida de tiempo.

Por otro lado, algo que las medidas de aislamiento demostraron es como no se piensa en la salud mental al momento de tomar decisiones o medidas por parte de los gobiernos. Puede parecer que no se pensó en las consecuencias que un encierro prolongado y sin contacto con otras personas tendría en la psique de las personas. No sólo eso, sino que tampoco se planteó una estrategia para poder hacer frente a las afectaciones que mujeres y hombres tendrían en esta área.

El cuidado de la salud mental debe ser una actividad que le competa a la salud pública, pero no sólo a la medicina clínica, es decir, a la que ve signos y síntomas y con base en ello realiza un diagnóstico y da un tratamiento; debe ser algo interdisciplinar, de forma que se pueda crear un modelo integral de atención que se centre en la persona, dejándola de ver como un objeto; tener el contexto de las mujeres, lo más completo posible ayudaría a poder prestarle un servicio de calidad, saber con qué redes de apoyo cuenta, cómo se siente con la enfermedad o con los síntomas que presenta, qué le ha servido y qué no. Se debe hablar, no sólo de síntomas sino de padecimiento.

Debe ser un derecho que todas las personas tengan acceso a un proceso de terapia que pueda ayudarles a enfrentar y superar cualquier problema de esta índole.

Por lo anterior, es que es importante realizar intervenciones teniendo en cuenta, siempre, el trabajo social, esta disciplina está diseñada para poder entender y analizar el contexto que rodea a la persona con algún problema en su salud mental, pero no sólo desde un ángulo, sino

de todos los posibles, entender de qué forma se relacionan los mismos, para finalmente dar una solución factible para la mayoría de ellos, o los más importantes para quien los padece.

Para cerrar este capítulo, también se debe hablar sobre las relaciones vecinales que se desarrollaron durante la pandemia y como estas pudieron, o no, ser de ayuda para las mujeres. De forma general, casi todas señalaron que no existió ningún tipo de apoyo es sentido estricto, es decir, no le platicaban a las vecinas o vecinos sobre sus problemas o cómo se sentían, básicamente el contacto con estas personas fue exclusivamente de cortesía, saludos de “buenos días” o “buenas tardes” o pláticas banales respecto a la situación por la que estaban pasando. Sin embargo, hubo una participante que vivió una situación de apoyo por parte de su comunidad y es importante colocar este tipo de cuestiones que, aunque pocas, existen.

Esta mujer señala que, por factores ajenos a la pandemia, el comercio de su familia tuvo que moverse de local y colocarse en otra parte, resaltó que es un negocio de varios años, y debido a que hubo una situación de injusticia por parte de quien les arrendaba el local, ella hizo una publicación en sus redes sociales explicando la situación y solicitando apoyo por parte de la clientela. Como consecuencia, recibieron completo apoyo por parte de las personas de su comunidad, quienes no sólo ofrecieron palabras de apoyo, sino incluso material para que ellas utilizaran en su negocio. Lo anterior se recoge en el siguiente comentario:

Leonor: mi mamá tenía el negocio de las hamburguesas, pero como tal en un local, pues las personas que nos rentaban el local nos corrieron y nos querían quitar todas nuestras cosas... Entonces empezamos como con un puestecito [...] afortunadamente mucha gente nos conocía y abogaron por nosotros [...] Estuvo padre porque literal tuvimos mucho apoyo de la gente, mucha gente se enteró por una publicación que hice en Facebook, y pues al ver esta situación, pues había mucha gente que decía “Pues yo les ayudo”, y neta, había gente que llegaba y te decía “Ten esta mesita, te la regalo, échale ganas”, y otra gente llegó y eran de “Vamos chicas, ustedes pueden”, y pasaban los carros y nos pitaban [...] La verdad es que, de una forma muy

bonita, tuvimos la aceptación, el apoyo y la comprensión de los clientes [...] Y no manches, muchísima gente, no sé, abogados y todo eso, pues me escribieron para, pues decirme que no estábamos solas, que si lo necesitábamos nos podían ayudar gratis [...] que chingón que como mexicanos y como comunidad seamos así, que cuando ves a alguien mal tú si te tocas el corazón y le ayudas, y la verdad es que yo también lo hubiera hecho, si yo también hubiera visto a alguien que digo, yo le compro, y está mal, pues también le ayudo.

La experiencia anterior nos ayuda a visualizar que, en ciertas situaciones, las personas de una comunidad están dispuestas a ayudar a otras que ven que lo necesitan, especialmente si es alguien con lo que existe algún tipo de relación, incluso si esta es de clientela, los años que llevan conociendo a alguien influye en el modo en que brindan apoyo. Por otro lado, también señalar la importancia de las redes sociales para solicitar cualquier tipo de auxilio, debido al alcance de éstas tanto en la comunidad como fuera de ella, del mismo modo que se nota que, aunque se afectaron los lazos sociales entre las personas, siguen existiendo sentimientos de empatía, cuidado y apoyo para con las otras y otros.

Sin embargo, tampoco puede pasar inadvertido que, aunque si se presta la ayuda en situaciones como la anterior, donde hay una situación de injusticia o de alguna necesidad, no aplica de la misma forma cuando se está hablando sobre la salud mental, pues como se ha mencionado con anterioridad, este tema sigue siendo un estigma y socialmente aún se piensa que son cuestiones que se tiene que resolver de forma personal, incluso en secreto o sin decirle a nadie.

Por lo general, las mujeres tenían ya construida una red de apoyo para poder atravesar situaciones difíciles o complicadas, no fue necesario que crearan nuevas, por lo que al ocurrir las diferentes modificaciones y pérdidas en su vida por motivos de la pandemia y la cuarentena, esos lazos se estrecharon, ellas sabían con quién podían ir y qué podían decirle, es decir, a su modo de ver, eran conscientes de que había cosas que podía compartir con su madre y otras que no,

que eran temas para hablar con otra persona de su familia o con sus amistades. Del mismo modo, por lo general sabían qué respuestas o comentarios obtendrían al platicar con cada una y uno, lo que también influía sobre que contarles.

Lo analizado en este y anteriores capítulos se enfocó principalmente en el ámbito personal de las mujeres, cómo ellas vivieron de forma particular las afectaciones derivadas de la pandemia y la cuarentena por COVID-19, pero a nivel social no fue lo único que cambió a partir de estos procesos, la comunidad en sí lo hizo, cuestión que se revisa en el siguiente capítulo.

Capítulo VII. Afectaciones en el contexto comunitario de las mujeres

Las afectaciones derivadas de la pandemia por COVID-19 y la posterior cuarentena no se limitan exclusivamente al ámbito personal, en realidad van a un nivel macrosocial, pues las relaciones sociales se vieron modificadas debido a las medidas tomadas para controlar el número de personas enfermas, la sana distancia, el uso del cubrebocas, trabajo y escuela en línea e incluso restringir la cantidad de personas dentro de locales y comercios, cambiaron por completo la forma en el trato con otras y otros.

Para comenzar, es importante colocar que la comunidad es, en sí, un entorno donde las personas se desarrollan durante parte de su vida, aunque el concepto puede tener diversos enfoques, dependiendo de a quién se consulte, aquí se destacan dos: el sociológico y psicosocial. El primero hace referencia a las relaciones que se desenvuelven, teniendo un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso social y continuidad en el tiempo. El segundo enfoque coloca a la comunidad como un tejido de relaciones sociales. (Lillo Herranz y Roselló, 2001).

Así mismo, Rezsóhazy señala que una comunidad tiene una serie de características, siendo estas: las personas viven en un espacio o territorio delimitado donde mantienen diferentes relaciones, tienen intereses en común, pero de igual forma, conflictos; por último, la misma comunidad identifica, desde lo interno, a quienes son parte de ella, a la vez, también hay una pertenencia por parte de las personas que ahí habitan y un reconocimiento por quienes las miran desde el exterior. (Rezsóhazy, 1988).

Es importante colocar que dentro de este capítulo se abordaron dos subtemas, el primero relacionado con las afectaciones que el COVID-19 provocó en los lazos y actividades de la colonia, donde se analizará a profundidad cómo es que las relaciones sociales se vieron modificadas y también cómo las personas tuvieron que desarrollarse dentro de su comunidad debido a la pandemia, como por la cuarentena.

El segundo subtema se enfoca en cómo las personas enfrentaron, específicamente el COVID-19, es decir, qué hicieron en caso de enfermarse, ellas o alguna vecina o algún vecino, qué pérdidas hubo, cómo procesaron la información que se les brindó con respecto al virus o incluso que impacto tuvo en su salud, tanto física como mental.

Para continuar con el capítulo, se comienzan a analizar las afectaciones que la pandemia y cuarentena tuvieron en las comunidades de las mujeres que participaron en la investigación.

7.1 Afectaciones al desarrollo de actividades y lazos sociales en la colonia

Aunque de forma limitada, las mujeres se relacionaron de una u otra forma con su comunidad, son testigas de cómo los lazos se vieron modificados por la pandemia y a la cuarentena, como sus colonias y las personas que viven en ellas cambiaron y se adaptaron a la realidad en la que tenían que coexistir. Al ser ellas parte de la comunidad pudieron observar un antes y un después, comparar lo que vivían con sus vecinas y vecinos en el día a día y como esto se fue modificando a raíz de lo que acontecía con las medidas que se tuvieron que aplicar de forma general para evitar contagios.

Algunas mujeres señalan que en sus colonias solían realizarse, de forma presencial, grupos o reuniones vecinales en donde discutían sobre seguridad u otros temas relacionados con la comunidad, no obstante, a raíz de la cuarentena y las medidas de sana distancia estas cesaron, aunque el contacto seguía a través de redes sociales, es mediante estas que estuvieron al pendiente de lo que ocurría afuera de su hogar, como enterarse de quienes habían perdido sus trabajos. Destacan que algunas vecinas y algunos vecinos se encerraron en sus propias vidas, la gente mandaba mensajes a los grupos, pero nadie contestaba.

Notaron a quienes comenzaron a dedicarse al comercio informal, pasando diariamente a ofrecer sus productos a la calle o en las casas, también a quien colocó negocios propios para obtener recursos, esto tomando en cuenta las necesidades que se fueron presentando en la

comunidad, incluso poniendo más atención hasta en la forma de vender. Se crearon nuevos vínculos de compra y venta, algunas señalan que incluso se recurrió al trueque, intercambiando artículos de primera necesidad por otros (entre los que estaban: comida, jabón, detergentes). Al mismo tiempo, también presenciaron cierre de comercios locales, especialmente los pequeños, como panaderías, pizzerías o lavanderías, debido a que las personas no tenían recursos para gastar en ellos por las otras necesidades que debían cubrir, rentas, comida o servicios. Lo anterior se puede apreciar en los siguientes comentarios:

Camila: sé que hubo gente que perdió sus trabajos, se veía la gente como que le estaba yendo mal, porque tampoco somos muy cercanos con los vecinos y vecinas, porque son algo mitoteros, no vibramos chido con eso. Por ejemplo, antes se organizaban como cada mes, reuniones de vecinos para ver que se iba a hacer con la seguridad, cosas de ese tipo, como organizaciones vecinales, y pues se dejaron de hacer después de la pandemia, y aunque seguía el contacto por WhatsApp, como que la gente se enfrasco en sus propias vidas [...] hubo personas que empezaron a trabajar desde sus casas, una vecina abrió una tiendita.

Alexa: y pues los vecinos pues también con sus medidas, tenemos un grupo en WhatsApp de mi calle, entonces así cualquier cosa que a alguien se le ofrecía nos mandaban mensajes, por ejemplo, un vecino trabaja en UBER y ofreció su servicio, entonces si como que si había el apoyo si lo requerías, igual no era como que mucho o tan frecuente, pero sí.

Nidia: creo que han buscado la manera en cómo poder hacer esos vínculos de compras, compras y ventas y hasta trueques, te puedo decir que el trueque se ha dado bastante, ya ves que es una práctica que hace mucho tiempo no se daba, también con lo de las tandas y los préstamos de dinero.

Algo que se debe señalar en esta sección es que no todas las personas tuvieron el lujo de poder quedarse en casa durante toda la pandemia, especialmente quienes se dedicaban al

comercio informal o no tenían contratos establecidos en sus trabajos, estas personas tenían que salir a conseguir los recursos económicos necesarios para proveer a sus familias, caso muy diferente de quienes no seguían las medidas porque dudaban de la veracidad de estas.

Con respecto a los lugares comunes de compra de víveres o de pago de servicios, como supermercados, mercados, tianguis u oficinas de gobierno, las mujeres se percataron de que el movimiento de personas en ellos fue menor que antes, comparado con el antes, la cantidad de personas que asistía era menor y tampoco iban familias enteras, como era costumbre, sino que sólo una persona que la integraba hacía todas las compras o pagos.

Las mujeres que vivían cerca de alguna universidad observaron el cambio en la comunidad debido a las clases en línea, por ejemplo, el estudiantado dejó de ir de forma presencial a cumplir sus horarios, por lo que había una menor cantidad de movimiento en la colonia; lo anterior afectó a quienes se dedicaban a la renta de habitaciones para estudiantes, pues muchas y muchos regresaron a sus hogares al interior del país, dejando de alquilar estos espacios y representado pérdidas en los ingresos familiares de quienes se dedicaban a esto.

Algunas percibieron que, en cuestiones de seguridad, esta mejoró en sus colonias, pues los asaltos fueron menores, asumiendo que era debido al miedo de contagio por parte de quienes realizan este delito. Sin embargo, también hubo un aumento en los robos a casa habitación, lo que llevó a que las personas tomaran medidas de seguridad como colocar rejas en sus hogares. En estos casos, los grupos de redes sociales fueron un apoyo, pues mediante ellos las personas se mantenían al pendiente y avisaban en caso de notar alguna persona desconocida en la colonia.

Otra de las situaciones que fue común en varias colonias fue el aumento en el uso de servicios de paquetería, notado porque los camiones repartidores eran vistos contantemente en las calles. Las siguientes afirmaciones rescatan lo antes mencionado:

Camila: otra cosa bien importante, vivimos cerca del politécnico, y de hecho en casa nos dedicamos a rentar habitaciones para estudiantes, entonces algo que si cambio durísimo es que todos los estudiantes se fueron a sus casas porque dijeron “¿Para qué pago si lo puedo tomar en mi casa?”, entonces de ver una colonia tranquila pero más o menos movida por los estudiantes, pasó a sentirse como desierta [...] Han asaltado un poco menos, no sé si es porque salimos menos y estás menos expuesta a la calle o si es porque también la gente [...] que se supone que es la que asalta, también tenía miedo de salir a enfermarse [...] También otra cosa que pasó fue que ahora todo el mundo recibe paquetería, entonces todo el tiempo vez los camiones y estas cosas de los de Rappi, los de Amazon, cualquier servicio.

Alexa: pues, por ejemplo, en el mercado, pues algunos locales cerraron, entonces también era complicado como, pues tenías que ir como que al otro mercado de la colonia para encontrar lo que necesitabas, o en la tienda o cosas así

Nancy: o lo que sí se veía más era como todo lo que pedías por internet, si veías así de DHL aquí todos los días, a ESTAFETA, como que ese fue más.

A raíz de lo anterior, hubo una percepción de que, durante la pandemia, las personas estuvieron más tensas y frustradas, lo que podía tener como consecuencia agresión; con facilidad había problemas que surgían por cosas sencillas, como un lugar de estacionamiento o los ruidos de las mascotas. El hacer uso de servicios que antes no habían utilizado también causó en las personas preocupación, el servicio de paqueterías, por ejemplo, era dejar que una persona desconocida supiera donde vivían y que productos consumían.

También está el efecto contrario, mencionado brevemente en el capítulo anterior, donde las personas de la comunidad se volvieron más solidarias entre ellas, había quienes consumían productos con una sola proveedora o un solo proveedor de forma fija, otras estaban al pendiente de cualquier emergencia que pasara en su calle y solicitar la ayuda que fuera necesaria para

resolverlo. Algunas participantes señalan que a raíz de la pandemia y cuarentena sus relaciones con las personas de la comunidad aumentaron su cordialidad y atención, preguntándose entre ellas cómo estaban o cómo les iba y hasta preguntando por la salud y familia. Esto se observa en los siguientes comentarios:

Camila: creo que la gente estaba más tensa, y eso hacía que fácilmente te sientas como sensible o agresiva [...] y por ejemplo, con el del cilindro había una vecina que si les daba religiosamente, siempre, siempre, siempre, y ellos ya sabían que había que pasar con ella, entonces algunos vecinos como que, no sé, pasaba un vocho vendiendo tortillas negras, pero como que algunos vecinos, por decisión, quizá empática y solidaria, pero muy individual, decidieron cómprale fijo a ciertas personas.

Nancy: pues yo siento que las personas se volvían, se volvieron más agresivas, porque, pues no sé, por ejemplo, mis vecinas, o sea, tiro por viaje se peleaban con nosotros [...] Siento que las personas se volvieron, de tan frustrados que se sentían no sé, como que si alimentó que fueran más agresivos en su forma de actuar... Eso si fue algo que me di cuenta, no fue una, si fue como varias personas que vi que todo les molesta o explotaban muy fácil o personas que ni les hablabas y ya te decían de cosas [...] Como que no tenían con quien desquitarse en su casa y buscaban cualquier cosita para pelearse con alguien, siento que si necesitaban sacar, yo creo que como que todos tuvimos ciertas frustraciones, ciertas cosas que nos pasaron que no lo canalizaste o no buscaste algo para que saliera, y de esa forma está saliendo, en otras personas, es lo que yo percibí.

Nidia: ahora te puedo decir que ya nos saludamos con todos “Buenos días, buenas noches” [...] podemos entablar a lo mejor hasta una conversación de “¿Cómo está, ¿cómo le va?”, y hay vecinos con los que si nos hemos detenido a platicar de cómo nos va con el proceso y todo, porque también se les ha hecho raro y a nosotros también, pues ver que ya no están algunos familiares, entonces pues eso nos ha ayudado un poquito. Pero si es ahora como que

darnos más los buenos días, las buenas noches, el descanse, el “¿Me puede dar permiso? Es que voy a sacar mi carro”, de buenos modos, porque aquí tienen muchos carros las personas. Entonces es así como de cordialmente, cordialidad, la cordialidad.

Hay que resaltar que también hubo mujeres que vivían directamente en alguna unidad habitacional, es ahí donde notaron todos los cambios ocurridos. Señalaron que estos lugares estaban desiertos, la gente estaba encerrada en sus casas y sólo salía para hacer compra de víveres, los vehículos estaban estacionados en sus lugares correspondientes y la gente no hacía uso de ellos. Por otro lado, también hubo un aumento de personas que realizaban acciones que implicaban salir, al menos por unos minutos, fuera de casa, como pasear a sus mascotas, aunque esto se caracterizó por llevarse a cabo en horarios donde no había una gran cantidad de personas afuera, como en la madrugada.

Esto contrastaba directamente con cómo se comportaban las personas antes de la pandemia, pues debido a las zonas cerradas que tiene una unidad habitacional, así como el hecho de que suele ser común que las personas se conozcan entre sí, era habitual que se realizaran reuniones por cumpleaños o cualquier otra celebración, había movimiento de infancias en todas partes, en las áreas de juegos, por ejemplo. También se veía todos los días a quienes asistían a la escuela, primarias, secundarias y preparatorias. Esto se rescata en dos de las participantes:

Elisa: mire, aquí en su casa es una unidad grande, y sin embargo mire, todavía está como si no viviera nadie ¿Por qué? Porque todas las personas encerradas, la calle sola.

Nancy: en realidad, no había movimiento [...] por ejemplo, yo nunca había visto que pasearan a los perros a las 3 de la mañana, entonces ahora era como de, eran las 3-4 de la mañana y la gente paseando perros, eso sí fue como un cambio, antes era como de, que todos tenían una vida, paseabas a tu perro a las 10 de la noche y te metías a dormir, y ahora no, eran

como las 3-4 de la mañana y las personas paseando a sus perros... Como que esperaban a que no hubiera nadie para poder salirse a pasear al perro, porque normalmente, yo lo que he visto, normalmente lo sacan a las 6-7 de la mañana.

Por otro lado, la forma en que las comunidades reaccionaron a la noticia de que había una pandemia, de que había que tomar cuarentena obligatoria y que se tenían que acatar ciertas medidas de protección, fue diversa. Están quienes desde un principio entendieron la seriedad de la situación, por lo que había un miedo grande de salir de sus hogares a realizar cualquier compra, pago de servicio o el interactuar con otras personas, por lo mismo hacían siempre uso de cubrebocas y gel antibacterial, los negocios colocaron mamparas de cristal y tapetes de sanitización. Por otra parte, estuvieron las colonias donde las personas no creían en la realidad de la pandemia, por lo que la gran mayoría evitó hacer uso de las medidas antes mencionadas, específicamente el uso del cubrebocas y siguió asistiendo y realizando reuniones con muchas personas.

Se puede apreciar que, con respecto a quienes seguían o no las normas, tiene que ver con la forma en que la pandemia afectó su entorno, así como por su posibilidad de no enfermarse, es decir, las personas jóvenes tendieron a ser quienes menos temían contagiarse debido a que se hizo de conocimiento común que, de forma general, el virus era mortal casi sólo en personas mayores de edad o con alguna enfermedad crónica, por lo que tenían un sentimiento de seguridad de que su salud no corría un riesgo muy alto en caso de tener COVID-19. Está también el hecho de que hubo muchísima información con respecto a la pandemia, tanto real como falsa, y mucha gente creyó en noticias amarillistas o sin bases científicas que decían que la situación no era alarmante o incluso que era falsa.

Se puede interpretar que las personas necesitan mayor educación en cuestión de salud pública, la importancia de tomar las medidas que se señalan en cuestiones de emergencia y en el desarrollo de un análisis crítico al momento de consultar fuentes de información, además del

nivel de responsabilidad que se tiene en las comunidades, la preocupación y el cuidado para con las otras y los otros.

Algo que pasó en algunas colonias fue que el mismo gobierno de la Ciudad de México colocó lonas señalando que era un lugar alto en riesgo de contagios, en primera instancia, con la idea de que las personas fueran conscientes del peligro, de forma que evitaran salir contantemente y que se apegaran a las medidas de prevención, debido a que al principio de la pandemia, parte de la población no hizo uso de estas porque no creían o entendían la gravedad de la crisis de salud, lo que provocó, justamente, que los contagios subieran. Se puede notar que, al principio, a pesar de la crisis a nivel mundial, las personas no tenían un nivel de miedo alto, tampoco de estrés ni ansiedad o enojo, porque creían que era una situación temporal, que no duraría, porque la información que se recibía al respecto, en los medios de comunicación o los comunicados del gobierno, señalaba eso, fue hasta que se impuso la cuarentena que se dieron cuenta de que era una crisis de salud grave y sus emociones comenzaron a modificarse.

Por otra parte, se encuentran las personas en quienes estas señales causaron alarma y aumentaron el miedo que tenían antes, porque ellas si creyeron desde un principio en que se encontraban en una situación de salud seria y mortal, específicamente esto último fue lo que provocó un terror de poder contagiarse y fallecer, sobre todo porque los primeros meses se desconocía que la mortalidad se encontraba principalmente en la población de personas mayores o con enfermedades crónicas.

Aunado a esto, y avanzada la pandemia, se decretó la cuarentena, donde las personas sólo podían, o debían, salir para determinadas situaciones, como compra de víveres y comida o pagos, de hecho, como se ha mencionado en anteriores capítulos, muchas actividades como trabajo o escuela, se comenzaron a realizar a distancia, esto fue lo que detonó en las personas un miedo a lo que estaba pasando, porque se dieron cuenta de que si se estaban realizando estas modificaciones era porque algo grave estaba pasando. El encierro, aunado al miedo, a las

responsabilidades nuevas y a la adaptación de los estilos de vida, provocó emociones como ansiedad o enojo e incluso derivó en trastornos como depresión, después de todo, la gente tuvo que cambiar, de forma muy brusca, como se desarrollaban, y esto, en cualquier contexto, es un proceso complicado, sobre todo en este, donde esto se dio prácticamente en un periodo muy corto de tiempo.

Una vez que las personas se vacunaron, desde la primera dosis, redujeron considerablemente el uso de las medidas de seguridad, comenzaron a realizar reuniones con más personas o ya no usaban el cubrebocas al salir a la calle, debido a que su seguridad aumentó al tener esta inyección, redujo su miedo a enfermarse y de hecho, muchas pensaron, erróneamente, que esta prevención las haría inmunes a contraer el virus. A continuación, se muestran algunos comentarios que rescatan lo anterior:

Nancy: pues yo siento que si como que lo tomaron en serio, porque si se notaba que nadie salía... Como que, si fue como, más cuando empezó, ya cuando empezaron a pasar las ambulancias o los del oxígeno fue como de "Esto si es verdad", siento que fue cuando si tomaron conciencia de la situación, porque de hecho fiestas y así, yo nunca vi una fiesta aquí.

Leonor: Es que, en la Progreso, a todo el mundo le valía, todo el mundo fue así como de "Hay pandemia, terrible, vamos al mercado, comamos en la calle, todo sin cubrebocas". Y estábamos en una zona súper roja [...] Era porque a la gente le valía, no teneos la cultura, gente que escupe en la calle, no se pone el cubrebocas o se lo pone mal.

Alexa: igual si era alarmante ver, porque pusieron lonas de que esta colonia era alta en riesgo de contagios, entonces también llegabas a salir al mercado y lo veías y como que "Dios santo ¿Qué hago aquí?", y pues ya nada más como a lo que ibas y ya. Como que alarmaron mucho a la gente también, si entiendo que algunas colonias eran, no peligrosas, sino pues eso que manejaron de que era riesgoso, como que alarmaron mucho, era muy feo.

Las mujeres notan que antes de la pandemia había más sentimientos o actitudes de despreocupación en la cuestión de salud, asistir a reuniones, el tipo de comida que consumían, beber o desvelarse. En el ámbito económico, era común no tener ahorros o invertir su dinero, esto último espacialmente en quienes se dedicaban al comercio. Y con respecto a la salud mental, muy pocas cuidaban de ella antes de la cuarentena, pues era algo a lo que no se le daba la importancia adecuada, no pensaban que era algo que necesitaran (asistir a terapia) o no tenían los recursos necesarios para ello, aunado a que tampoco dijeron tener conocimiento de a qué lugares, fuera del sector privado, podían acudir para trabajar esta área de su salud.

Con todo lo recuperado de las experiencias de las mujeres se puede notar que el periodo de pandemia, en efecto, modificó los lazos sociales que las personas de las comunidades compartían, es decir, se eliminaron y se priorizó el individualismo, o bien se potencializó y reforzaron los lazos comunitarios. Las participantes son conscientes de que hay un antes y un después de este momento y que dejó diversos aprendizajes para todas y todos. Ahora hay nuevas formas de convivencia y de desarrollo.

Las comunidades pudieron, eventualmente, adaptarse a los cambios que implicaban una pandemia y un encierro obligatorio; hicieron uso de herramientas, generalmente tecnológicas, para seguir en contacto con sus vecinas y vecinos, pero también para satisfacer sus necesidades básicas.

Por otra parte, hay que rescatar que varias participantes señalaron emociones negativas y un sistema deficiente para procesarlas, lo que llevó a discusiones y peleas entre algunas personas. Aquí, de nuevo se rescata la falta de una atención básica en la salud mental, por diferentes razones, mucha gente descargaba sus frustraciones con otras, el miedo al contagio, el estrés del encierro, las preocupaciones con respecto a la economía del hogar, todo esto puede ser una carga complicada de llevar, lo que provoca que, bajo la mínima preocupación, se liberen todas las emociones, generalmente de forma negativa, como enojo o molestia.

Aunque ya se revisó cómo las personas de la comunidad veían la situación de la pandemia y la cuarentena impuesta, en el siguiente rubro se realiza un análisis enfocado específicamente en el rubro de quienes se contagiaron de COVID-19.

7.2 Pandemia y COVID-19 en la colonia

Como se ve en la anterior subcategoría, en las comunidades, la noticia de que había una pandemia mundial tuvo dos posibles respuestas por parte de la gente, quienes creían que era algo que pasaría rápido y no debía tomarse con tanta medida, por lo que tampoco presentaron sentimientos o emociones negativas; y quienes tomaron con seriedad todo lo que pasaba desde un inicio, lo que les provocó miedo, ansiedad, frustración e incluso enojo. Ambas fueron modificándose o ratificándose a medida que la cantidad de personas enfermas aumentaron.

Principalmente las mujeres relataron que mientras pasaba el tiempo, las personas de su comunidad fueron falleciendo por enfermarse de COVID-19, pero específicamente gente adulta mayor, no tuvieron ninguna noticia de que pasara con personas jóvenes. Una de ellas señala que como participó en un proceso electoral, tuvo acceso a la lista nominal y al momento de ir a votar, muchas personas le comentaban que tenían familiares que no iban a aparecer porque habían muerto previo a la elección.

En general, en la colonia se enteraban de que alguien había enfermado porque se observaban diferentes servicios en sus hogares, como las personas que repartían los tanques de oxígeno, ambulancias o en casos más drásticos, se observaban a los servicios forenses, por lo que era información que las personas no podían mantener en secreto. Hay incluso mujeres que vivieron por cuenta propia cómo los servicios de emergencia subían a sus vehículos los cuerpos de las personas fallecidas en bolsas de plástico, lo que finalmente fue una fuerte impresión, que fomentó su miedo al contagio, pero también la seriedad de la situación.

Por otra parte, también estaban los funerales que las familias organizaban, de los cuales, aunque tenían conocimiento de que se estaban llevando a cabo, solamente asistían personas cercanas o en otros casos, no se podía realizar ninguno, ya que, por las medidas, la gente con COVID-19 era incinerada inmediatamente después de morir, por lo que sólo eran entregadas las cenizas. En estos casos, como apoyo sólo podían ofrecerles el pésame.

Asimismo, tuvieron noticias de forma más directa, entre voces se enteraban de quienes habían enfermado, tanto por parte de las mismas vecinas y vecinos, como también por las mismas familias de las mujeres que les comentaba lo que estaba pasando en la comunidad, esto último específicamente en los casos donde las entrevistadas no tenían un contacto cercano con la gente de su comunidad o eran introvertidas. En las siguientes narrativas que las mujeres entrevistadas comparten se recoge lo anterior:

Camila: se fue muriendo gente, pero sobre todo fue gente grande, o sea, no conocí nadie joven que se muriera, y por joven me refiero a menos de 50, o sea, la gente que fallecía era gente mayor... Me tocó participar en las elecciones, entonces, en la lista nominal que estaba en la casilla que me tocó, sólo fue a votar la mitad de las personas, y había como grupos de familias que coinciden por la dirección, y hubo varios casos que nos dijeron “¿Sabes qué?, mi hija, mi hijo, mi papá, mi mamá, mi lo que sea, ya no aparece porque tiene poco que se murió” y que se murieron con COVID.

Nidia: una la mayoría sí que pudieron fallecer en su casa, pero igual el miedo no le permitió, si hacían sus sepelios, pero solamente con la familia no invitaron a nadie porque pues no. Y de otros pues que sí lamentablemente [...] fallecieron en hospitales y solamente tenían que ir a recoger el cuerpo y ya, y las carrozas ya solamente les entregaban las cenizas en sus cajitas y ya.

Leonor: *yo si llegué a ver ambulancias subiendo gente, y en bolsas, como una bolsa gris. Y así la gente con sus trajes como los que vendíamos, los overoles y la cara toda tapada y así.*

Hubo algunos casos donde las mujeres tenían una relación cercana o estrecha, con alguna vecina o vecino en particular, por lo que se enteraron rápidamente si alguien de su familia o ella misma, se habían enfermado. Una participante comenta una situación en específico donde el esposo de una vecina se enfermó de gravedad, lo que provocó que su esposa se viera afectada físicamente por la preocupación, incluso tiempo después, cuando el señor estaba en mejores condiciones, ella seguía pasando todo su tiempo libre con él. Aquí hay que hacer resaltar que las personas que se hicieron cargo de alguien que había contraído el virus, tuvieron que enfrentar sentimientos de miedo al contagio, estrés y ansiedad por hacer una nueva actividad, es decir, cuidar de una persona con COVID-19 no era igual a alguien con catarro, era una cuestión más complicada debido a la seriedad de la enfermedad e incluso enojo de tener que cambiar su rutina.

En casos como el anterior, las mujeres señalaron que hubo apoyo por parte de la comunidad, como, por ejemplo, llevarles alimentos y víveres directamente a sus hogares, ingeniando formas de hacerlo sin romper las medidas de seguridad, cómo pasarlos por su ventana mediante cubetas. Esta acción, aunque puede parecer pequeña, denota el interés de las personas por ayudar a quienes sabían lo necesitaban.

Ahora, dentro de la pandemia y cuarentena, al iniciar la vacunación, también lo hacen diversos debates con respecto al ponérsela o no, había quienes pensaban que no servía, que no tenía sentido ponérsela o que podía tener efectos secundarios mortales y quienes, por otro lado, se aplicaron la dosis en cuanto pudieron. Fue un antes y un después notable, a raíz de esta medida, las restricciones que las muchas personas tenían en cuanto a las disposiciones de salud bajaron debido a la seguridad que les provocó, eventualmente se retomaron las actividades presenciales y se aumentó el aforo de personas en lugares cerrados.

Una situación con respecto a los casos anteriores, es reconocer que cuando alguien de una familia se enfermaba de COVID-19, la atención se centraba solamente en ella o él, lo que no se cuestiona ya que era una enfermedad, para algunas poblaciones, mortal; pero no se tomaba en cuenta las consecuencias físicas (dolor de espalda, cabeza o cuerpo, cansancio, insomnio) y psicológicas (estrés, ansiedad, enojo) que también podían desarrollar las personas de su familia o específicamente las que se hacían cargo de la enferma o el enfermo.

Es evidente que, decretar la cuarentena como medida de emergencia, no se podían tomar en cuenta todos y cada uno de los aspectos que podrían ser afectados, pues lo importante en el momento era evitar contagios entre la población y por lo mismo, menos muertes, específicamente entre la población que era más vulnerable, sin embargo, tampoco debería verse sólo un ángulo de este tipo de situaciones, especialmente el relacionado a la salud mental, pues aunque las afectaciones no pueden verse a simple vista, pueden ser muy serias y a largo plazo, pueden afectar la calidad y el bienestar de las personas, pero no sólo eso, como se vio en este capítulo, también terminan modificando algo tan importante como los lazos sociales de las comunidades, lazos que posiblemente, necesitaran de alguna intervención para poder reestablecerse.

Aquí se puede hacer una crítica a las medidas que los gobiernos, no sólo el del país, sino en el mundo en general, tomaron a raíz de la pandemia, debido a que estas no tuvieron en cuenta los diferentes contextos sociales de las personas, por ejemplo, en México, durante el 2019 se tuvo registro de que, del total de la población ocupada, 56.5% era de forma informal. Es decir que, al tomar la medida de cuarentena, no se tuvo en cuenta que poco más de la mitad de la población podría quedarse sin recursos, por lo que para ellas podría ser prácticamente imposible cumplir con una cuarentena.

Lo anterior es algo que no sólo el gobierno pasó por alto, también parte de la población, la gente que salía de sus hogares a trabajar fue duramente criticada por vecinas y vecinos, quienes podían pensar que era gente irresponsable a la que no le importaba contagiar a otras y

otros o que simplemente no les importaba la situación, lo que a su vez generó que fueran rechazadas y por consecuente, un quiebre en los lazos de la comunidad.

Para terminar este capítulo, se hace énfasis en la necesidad de conocer a detalle qué tipo de problemas surgieron durante la pandemia y por qué, de forma que se pueda crear y aplicar una intervención adecuada en cada una de las áreas que así lo requiera, específicamente en el contexto comunitario, si se conoce que es lo que hizo que los lazos sociales se fracturaran, se pueden implementar herramientas que trabajen en sanarlas, así mismo no se debe olvidar que cada comunidad es única, diferente poder adquisitivo, violencia, forma de apoyarse, entre otras, por lo que deben ser estudiadas de forma particular.

Discusión

La pandemia por COVID-19 causó números problemas y complicaciones en diferentes aspectos de la vida de las personas (economía, salud, pérdida de trabajo), causó millones de muertes a nivel mundial, aproximadamente 14.9 entre el 1 de junio de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 (WHO, 2022), y físicamente provocó secuelas en quienes estuvieron enfermas o enfermos: efectos multiorgánicos en corazón, pulmones, riñones, piel o cerebro, afectaciones autoinmunitarias, incluso pueden ser más propensas a tener diabetes, afectaciones cardiacas, problemas de coagulación o afectaciones neurológicas (CDC, 2023). Uno de los aspectos que quizá si se asumió tendría algún conflicto, pero no se sabía la gravedad del cómo, fue la salud mental, especialmente la de las mujeres.

Es un hecho que el tener que estar en encierro durante tiempos largos, afecta el desarrollo y comportamiento de las mujeres, dependiendo inherentemente del contexto en el que se encuentren, como señala la investigación *Mujeres cubanas cuentapropistas ante la COVID-19. la lucha por la vida desde una perspectiva de género* (González Arostegui y Rodríguez González, 2021), como varias investigaciones lo señalaron, la seguridad de un trabajo que les diera recursos económicos para subsistir restó presión en el aspecto económico, sin embargo, también aumentó el estrés y la presiones de quienes laboraban, pues no querían perder su empleo, ya que ellas eran apoyo vital para sus hogares, esto aumentó en quienes tenían un empleo informal.

Otras de las cuestiones que coincidieron con los trabajos revisados de *Adaptability to social distancing due to COVID-19 and its moderating effect on stress by gender* (Zamarripa, Delgado-Herrada, Marquecho-Sánchez, R. et al, 2020), *Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19* (Morales Chainé, López Montoya, et al, 2020), *División sexual del trabajo y confinamiento en jóvenes de preparatoria. Un estudio de caso de Aguascalientes, México* (Chávez-Llamas y Ospina-Escobar, 2021) es con respecto que las mujeres presentaron altos niveles de estrés, tristeza, ansiedad y en algunos casos depresión. Varias de ellas no compartían sus sentires con nadie, preferían guardarlos con la idea de que eran cuestiones

personales o de que no querían preocupar a su familia, también de que esos sentimientos y emociones no eran tan importantes, por lo que no era necesario prestarles atención.

También se encontró que, en un punto avanzado de la cuarentena, las mujeres que se encontraban estudiando, señalaban sentir que ya no tenían capacidad de análisis ni retención de información, les costaba comprender y retener lo aprendido en sus clases, lo que, a su vez, causó que ellas tuvieran sentimientos de tristeza, estrés, enojo y ansiedad

Por otro lado, se rescata la importancia del cuidado y prevención de la salud mental, como se señala en *Adaptability to social distancing due to COVID-19 and its moderating effect on stress by gender* (Delgado-Herrada, Marquecho Sánchez, et al, 2020), se encontró que las mujeres que tenían mejores herramientas para gestionar sus emociones, debido a asistir a terapia o con alguna tanatóloga, desde antes o a partir de la pandemia, lograron procesar y gestionar sus emociones de mejor manera, lo que logró que pudieran enfrentar las afectaciones de una forma sana.

De forma general, las mujeres presentaron diversos síntomas y afectaciones en su salud física y mental, tuvieron, como ya se mencionó anteriormente, tristeza, estrés, ansiedad, miedo, depresión, enojo, frustración y culpa; físicamente casi todas, en algún punto de la pandemia y la cuarentena, presentaron problemas para dormir, dolores en el cuerpo, dolores de cabeza, cansancio e incluso, síntomas de COVID-19, siendo estos últimos, muchas veces, causados por su psique, es decir, ellas mismas se sugestionaban con cualquier síntoma leve de alguna enfermedad respiratoria (tos o estornudos), como lo se coloca en *Estudio basado en evidencia sobre el impacto psicosocial en la salud mental en poblaciones vulnerables ante la situación de emergencia y el confinamiento por la pandemia del COVID-19 en los meses de marzo a julio de 2020*. (Quimbiulco Yubi, 2020)

Como se puede leer, los hallazgos encontrados en esta investigación no distan demasiado de lo encontrado en las investigaciones revisadas con respecto a que emociones y sentimientos presentaron las mujeres durante la pandemia y la cuarentena, el miedo al contagio;

el cansancio, estrés, ansiedad, tristeza, enojo y frustración del encierro, lo largo de la situación y las tareas de cuidado y quehacer que debían realizar dentro de sus hogares; incluso la depresión por la pérdida de personas queridas, aunque si se deben tener en cuenta los diferentes contextos de las mujeres, el sexo sí es un rasgo significativo que marca afectaciones derivadas de la pandemia por COVID-19 y la cuarentena obligatoria, diferentes a las de los hombres.

Finalmente, algo que esta investigación rescató, a diferencia de los trabajos consultados, fue cómo es que las mujeres enfrentaron estos procesos en su vida, a qué estrategias recurrieron, aquí, el autoconocimiento jugó un papel importante, pues las mujeres ya tenían una idea de las cosas que les gustaban hacer o que las tranquilizaban o hacían felices, aunque también fueron desarrollando nuevos pasatiempos durante el tiempo de encierro. Estos se enfocaron, principalmente, en cosas que podía hacer de manera individual, como hacer rompecabezas, leer, dibujar, escribir, hacer ejercicio o cuidados para la piel, uñas y cabello, sin embargo, también estaban otras acciones que también podían compartir con su círculo cercano, hacer videollamadas con sus amistades, ver series o películas con su familia o cocinar algo nuevo para sus seres queridos; o hasta comenzar a asistir a terapia. Todas estas actividades les ayudaron a regular el cómo se sentían y desarrollarse de mejor manera en esta situación de crisis.

Conclusiones

- La forma en que la cuarentena derivada de la pandemia por COVID-19 ha afectado la salud mental de las mujeres fue diversa, principalmente fue el aspecto emocional y sentimental, las mujeres señalaron que sufrieron de miedo, ansiedad, estrés, depresión, enojo, frustración y cansancio mental.
- En la cuestión de género, se destaca que la cultura machista y el sistema patriarcal que rige en el país, y en la mayor parte del mundo, fue lo que ocasionó que las afectaciones entre mujeres y hombres fueran diferentes, debido a los roles de género tradicionales, se tiene la idea de que las mujeres tienen que realizar las tareas domésticas y cuidar a su descendencia, aunado también al papel de cuidado que siempre se les ha dado, teniendo que hacerse responsable de quién se enferme o tenga alguna complicación física; durante la cuarentena, a estas labores se le agregaron el trabajo y la educación a distancia, lo que eventualmente causó estrés y cansancio, tanto físico como mental.
- Debido a que no se conocía la magnitud del problema, muchas tomaron la cuarentena como tiempo para ellas mismas, para conocerse, para hacer actividades que les gustaran o para estar en familia, sin embargo, mientras pasaba el tiempo y las medidas de distanciamiento crecían, también lo hacía el estrés y la ansiedad, así como el sentimiento de monotonía, gradualmente se desesperaron y aburrieron de la situación, en algunos casos, esto provocó que hubiera algunos conflictos con su familia. En este aspecto, cada hogar tuvo sus propias medidas para hacer frente a estos conflictos.
- Las pérdidas de familiares o personas conocidas debido a su contagio por COVID-19, causaron tristeza y depresión en las mujeres que lo vivieron, fue un proceso más fuerte que en otras circunstancias, debido a que la crisis impidió que hubiera una despedida adecuada, tanto de forma personal, como al momento de los funerales, estos no pudieron realizarse por el alto índice de contagios, los cuerpos fueron incinerados y sólo se

entregaron las cenizas, lo que a muchas les generó un vacío emocional, por no poder “decir adiós” como les hubiera gustado o cómo estaba acostumbrado en sus familias.

- El miedo constante a contagiarse del virus al salir a la calle, así fuera de forma rápida, exclusivamente para hacer compra de víveres, pago de servicios o trámites administrativos, y utilizando siempre las medidas de seguridad recomendadas, uso de mascarilla y gel antibacterial. Este miedo aumentaba en quienes tuvieron que asistir de forma presencial a sus trabajos todos los días, a los cuales no podían renunciar o cambiar por ser ellas quienes eran sustento de sus familias. También se vio influenciado por la forma en que los medios de comunicación daban las noticias sobre el desarrollo de la pandemia, cuántas personas estaban muriendo y cuántas se estaban contagiando.
- Hubo sentimientos de culpa, el temor a contagiar del virus sus hogares era tan grande que, incluso cuando las medidas de seguridad bajaron, muchas de ellas evitaron salir o reunirse con amistades o parejas. Esto se vio marcado en las mujeres jóvenes, debido a que, por su edad, si se contagiaban, era menos probable que fuera de gravedad, contraria a las personas de la tercera edad y, muchas de ellas, vivían con gente que pertenecía a esta población, sus madres, padres, abuelas, abuelos entre otras. Finalmente, no querían ser responsables del fallecimiento de alguien por su “irresponsabilidad”.
- Las estrategias de enfrentamiento que las mujeres tiene para atender las afectaciones derivadas de la pandemia por COVID-19 fueron diversas, dependiendo, en parte, de las herramientas y conocimientos que tenían de ellas mismas previo a la pandemia, qué les gustaba o qué les tranquilizaba; algunas hicieron ejercicio, empezaron nuevos pasatiempos o siguieron con los suyos (cocinar, hacer rompecabezas, dibujar, escribir), también hicieron uso de sus redes de apoyo, con las cuales podían hablar de cómo se sentían o recibir apoyo emocional.

- Es innegable que debido a la gravedad que tuvo la pandemia por COVID-19 alrededor del mundo se tuvieron que tomar medidas extremas para evitar un mayor número de contagios y de muertes en la población, sin embargo, también lo es que, aunque pudo haber una aproximación por parte de los gobiernos sobre de qué consecuencias habría de su aplicación, específicamente de la cuarentena y la sana distancia, esta no fue del todo acertada o pensada a largo plazo, se pensó de una forma hegemónica y sin perspectiva de género, sin considerar las diferencias en la forma de vida de la población, sus recursos o sus necesidades.
- La salud mental no fue un ámbito tomado en cuenta al principio de la cuarentena, aunque también hay que añadir que no se creía que esta duraría años, probablemente la idea era que sólo fueran solamente unos meses, por lo que no muchas personas estaban preparadas para las consecuencias a largo plazo que trae el estar en encierro durante tanto tiempo.
- El miedo afectó la forma en que la comunidad se relacionaba, las personas no sólo evitaron activamente el contacto físico con otras, también comenzaron a discriminar a quienes, en espacios públicos, mostraran cualquier síntoma COVID-19, estornudos o tos principalmente, también a quienes no usaba mascarillas, lo que terminó por generar un quiebre en las relaciones sociales. La comunidad es una parte fundamental para el desarrollo de las mujeres, es donde se les socializa, donde aprende a desarrollarse y hasta donde se encuentran sus redes de apoyo, es por eso la importancia de conocer de qué forma esta se vio afectada por la pandemia y la cuarentena, para poder trabajar en la reconstrucción de esos lazos, reconociendo, por supuesto, las diferencias que existe en cada lugar y siempre teniéndolas en cuenta al momento de crear estrategias y/o herramientas para intervenir.

- Las mujeres que previamente habían tenido un proceso de terapia o quienes aún lo llevaron durante la pandemia y la cuarentena, tuvieron mejores herramientas para hacer frente a las afectaciones que la crisis trajo, sabían reconocer sus emociones y cómo manejarlas, reconocían que era lo que les podía causar ciertos sentimientos, tanto positivos como negativos, por lo que tuvieron mayor control sobre ellas mismas.
- El cuidado de la salud mental sigue siendo una cuestión vista como “mala”, es decir, aún hay un estigma en quienes deciden asistir a terapia, lo que impide que la gente se atreva a buscarlo; en segundo lugar, que el acceso a este cuidado es un privilegio que no muchas mujeres tienen, requieren de cierto poder adquisitivo y de tiempo, al menos si se quiere un seguimiento personal de su caso, porque existen las líneas de emergencia, pero, como su nombre lo dice, son para situaciones específicas.
- Aunque durante la pandemia por COVID-19, la población en general sufrió afectaciones en su salud mental, las mujeres las vivieron de forma diferente que los hombres y fueron más propensas a tener sentimientos negativos, que se agravaron o minimizaron dependiendo de los diferentes contextos en los que se encontraban, es muy importante tener en cuenta la interseccionalidad de cada una para poder entender de qué forma su salud mental se modificó y, en un futuro, intervenir.
- Por último, se debe destacar que, aunque no es el objetivo de este trabajo, no se debe desaprovechar este rubro para colocar que, en efecto, sí se han desarrollado investigaciones enfocadas en la salud mental de los hombres-masculinidad durante la pandemia y cuarentena por COVID-19, por ejemplo: *Examining the Role of Traditional Masculinity and Depression in Men’s Risk for Contracting COVID-19* (Walther, Eggenberger, et al, 2022), *The men’s mental health perspective on adolescent suicide in the COVID-19 era* (Rice y Sher, 2021), *Sociohistorical Analysis of Normative Standards of Masculinity in the Pandemic of COVID-19: Impacts on Men’s Health/Mental Health*

(Reis de Sousa, Carneiro Moreira, et al, 2022), *La salud mental de los hombres en la pandemia del COVID-19: ¿existe una movilización de masculinidades?* (Reis de Sousa, Viera Alves, et al, 2021) o *COVID-19 and MENTAL Health: Addressing Men's Mental Health Needs in the Digital World* (Ellison, Semlow, et al, 2021). En estos se observan las afectaciones que surgieron en los hombres, algunos señalan la alta tasa de suicidios en los jóvenes, en comparación con las mujeres, o incluso niveles altos de depresión debido al encierro, así como un elevado uso de alcohol y drogas.

Recomendaciones

El presente trabajo es un ejemplo de las muchas formas en que se pueden analizar las formas en que las mujeres fueron afectadas por la pandemia por COVID-19 y la cuarentena, específicamente desde el trabajo social, por lo mismo, se colocan otras formas en las que se puede enfocar este tema o que puede ser de utilidad:

- Con base en lo rescatado y analizado, se pueden crear intervenciones específicas desde el trabajo social, para poder, por una parte, trabajar en el cuidado de la salud mental una vez que ya está afectada por situaciones de crisis y, por otro, trabajar en la reconstrucción de los lazos comunitarios fracturados.
- Ampliar la investigación a otros niveles macro, como por estados o incluso a nivel nacional, de forma que se puedan conocer las diferentes formas en que la salud mental de las mujeres se vio afectada, teniendo también en cuenta sus diferentes contextos, por ejemplo, cómo vivió la pandemia y la cuarentena una mujer de un contexto rural y urbano.
- Se puede incluso hacer un estudio comparativo entre mujeres y hombres, para conocer específicamente las diferentes formas en que su salud mental se vio modificada y con base en esto, poder crear una intervención que se adapte a cada sexo.
- Realizar entrevistas mediante videollamada tiene ciertos beneficios, como el poder comunicarse con personas en localizaciones geográficas remotas o lejanas, lo que implica que de ser necesario se puede ampliar el número de personas que se requieren para alguna investigación, sin embargo, como desventajas se coloca que se limita la forma de relacionarse, existe una barrera que debe romperse para generar la confianza de la persona.

- La forma en que se aplica una entrevista, que en general se enseña a que sea cara a cara, tiene que contemplar las nuevas formas en que la gente se comunica, se deben crear nuevas estrategias que puedan ser aplicadas a través de videollamadas o llamadas, saber, por ejemplo, como contener a una persona a la que no se puede tocar o reconfortar de forma física.
- Es necesario que el trabajo social se adapta a estas nuevas formas de relacionarse, pues son cuestiones que, probablemente, se queden para futuro. Con las nuevas tecnologías que se van creando, también se modifica las relaciones sociales, la forma en que la gente se comunica ya no es la misma, evoluciona, y como disciplina enfocada en resolver o minimizar los problemas de la sociedad, se tiene que hacer uso de estas nuevas formas de coexistir, de lo contrario, se corre el riesgo de no poder realizar una intervención adecuada.

Observaciones metodológicas

Como su nombre señala, en este apartado se colocarán recomendaciones específicas de la parte metodológica, debido a que esta investigación se llevó a cabo en el campo virtual, es posible que estos comentarios puedan ser de ayuda para alguien que desee utilizar una metodología semejante:

- A raíz de la pandemia y cuarentena, el trabajo social digital, “especialidad que se despliega en el análisis, evaluación e intervención social en el ámbito online o digital” (Ugalde et al, 2021) comenzó a cobrar mayor relevancia debido a las medidas de distanciamiento impuestas que impidieron que se pudiera interactuar cara a cara con las personas (aunque es desde la década de los 50 que se tiene registro de la utilización de la tecnología y medios audiovisuales en la disciplina), lo que fue evidente al momento de realizar entrevistas, las cuales se hicieron a través de llamas o videollamadas en redes sociales, específicamente Zoom y WhatsApp, lo que generó tener que adaptarse a una nueva forma de observar y analizar el comportamiento de las entrevistadas.
- Así mismo, es necesario establecer un tiempo específico para la duración de la entrevista y apegarse a él, debido a que, en algunas ocasiones, como las mujeres estaban en un entorno cómodo, continuaron hablando o divagando en otros temas, que incluso eso también fue de apoyo para realizar el análisis, sin embargo, puede ser mentalmente cansado.
- Aunado a esto, antes de realizarse la entrevista, se debe elegir un espacio apto para llevarla a cabo, es decir, lo más silencioso posible, sin distractores y preferiblemente que la persona entrevistadora esté sola y asegurarse de que se tiene una buena señal de internet, pues si está falla puede afectar el curso del diálogo.

- También es importante mantener siempre la cámara prendida, incluso aunque la persona entrevistada no, pues genera un sentimiento de empatía y de atención para con la otra, por lo mismo, se sugiere no distraerse con cuestiones externas, como el celular, pues puede llegar a ser muy evidente. En caso de que ocurriera algo que evite que se pueda ver directamente a la cámara, señalarlo, por ejemplo, decir desde un principio que se tomaran notas en algún cuaderno, por lo que en momentos se bajará la vista, esto también genera un ambiente de confianza.
- Se sugiere también que, al interactuar con la persona entrevistada, se haga uso, no sólo de la voz, sino también gesticular con las manos o hacer gestos, pues esto es la única forma de generar y demostrar que hay una escucha atenta y empatía en una videollamada.
- Se tiene que hablar de forma clara posible, pues las llamadas pueden distorsionar el sonido para alguno de los lados, así mismo, también solicitarle esto a quien se va a entrevistar.
- Finalmente, el campo virtual, especialmente la aplicación de Zoom, tiene como ventaja que las videollamadas se pueden grabar, por lo que se sugiere hacer uso de esta herramienta, siempre solicitando permiso de la entrevistada. Y siempre hacer un resguardo de estos archivos.

Referencias

- Ali, A., Ahsan, M. y Ali, I. (2020). COVID-19 Pandemic: Effect of lockdown on mental health and self-esteem between genders. *Intercathedra*, 3 (44), 115-122. [http://www1.up.poznan.pl/intercathedra/files/Ali\[1\].pdf](http://www1.up.poznan.pl/intercathedra/files/Ali[1].pdf)
- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D. y Miller, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*. 23 (6), 741-748. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- Alonso del Val, V. (17 de octubre de 2020). *La pobreza tiene género*. Amnistía Internacional. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/la-pobreza-tiene-genero/>
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós.
- Arias Castilla, C. A. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Horizonte Pedagógico*. 8 (1). 9-22.
- Asociación Médica Mundial [AMM]. (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- ATELSAM Salud Mental. (2020). *Guía de Salud Mental con Perspectiva de Género*. ATELSAM Salud Mental. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Perspectiva-Genero.pdf>
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y. y Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdades de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*. 54 (7). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9160668/>

- Bañon Castellón, L. (2010). La culpa como instrumento cultural de sumisión. En *Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor! Actas VI Congreso Estatal Isonomía sobre Igualdad entre mujeres y hombres.* (pp. 82-84). Universitat Jaume.
- Barfield, T. (2000). Padecimiento. En *Diccionario de antropología.* Siglo XXI Editores.
- Barili, E., Grembi, V. y Rosso, A. (2021). *Women in Distress: Health and the COVID-19 Pandemic.* Centro Studi Luca D'Agliano. Centro Studi Luca D'Agliano. <https://dagliano.unimi.it/wp-content/uploads/2021/04/WP470.pdf>
- BBC News Mundo (5 de mayo 2022). *Covid: el número real de muertes por la pandemia en todo el mundo es de casi 15 millones (y qué países de América Latina tienen mayor exceso de mortalidad).* BBC. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61333739>
- Bettyány Dighiero, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina Una mirada a las experiencias regionales.* CEPAL.
- Biglia, B. y Vergés-Bosh, N. (2016). Cuestionando la perspectiva de género en la investigación. *Revista d'Innovació i Recerca em Educació.* 9 (2). 12-29. 1344/reire2016.9.2922.
- Bonati, M., Campi, R., Zanetti, M. *et al.* (2021). Psychological distress among Italians during the 2019 coronavirus disease (COVID-19) quarantine. *BMC Psychiatry,* 21 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03027-8>
- Briñón García, Ma. A. (2007). *Una visión de Género...es de justicia.* Departamento Educación para el Desarrollo de Entreculturas, InteRed y Ayuda en Acción
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E. y Reyes Luzardo, D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Rev Cubana Salud Pública.* 46. <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es/>
- Burín, M. y col (1990). *El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada.* Paidós.
- Castañeda Salgado, M. P. (2020). Antropología Feminista y Epistemología. En Berrio Palomo, L. R., Castañeda Salgado, M. P., Goldsmith Connelly *et. All.* (Coord.) *Antropologías*

feministas en México: Epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas. (pp. 61-82).

Universidad Autónoma Metropolitana.

Castañeda Salgado, M. P. (2006). La antropología feminista hoy: algunos énfasis claves. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 48 (197), 35-47.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v48n197/0185-1918-rmcps-48-197-35.pdf>

Castañeda Salgado, M. P. y Gregorio Gil, C. (2012). Introducción. En Gregorio Gi, C. y Castañeda Salgado, M. P. (Coord.) *Mujeres y hombres en el mundo global*. (pp. 9-19). Siglo XXI Editores.

Castilla Pérez, M. F. (2014). *La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget aplicada en la clase de primaria*. Universidad de Valladolid.

Castrillón Agudelo, N. A. y Martínez Gómez, L. M. (2023). Apuntando al trabajo social con las emociones desde la formación en Trabajo Social con sujetos y familias. *Trabajo Social*, 25 (1), 169-197. <https://doi.org/10.15446/ts.v25n1.101943>

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (2023, 26 de mayo). *Tratamientos y medicamentos para el COVID-19*. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/treatments-for-severe-illness.html>

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2023, 20 de julio). *Afecciones persistentes al COVID-19*. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>

Cerri, C. y Alamillo-Martínez, L. (2012). La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*. 28 (2). <https://digibug.ugr.es/handle/10481/23793>

Chávez Carapia, J. C., (2004). *Perspectiva de género*. Plaza y Valdés.

Chávez-Llamas, N. & Ospina-Escobar, A. (2021). División sexual del trabajo y confinamiento en jóvenes de preparatoria. Un estudio de caso de Aguascalientes, México. *CS*. 35, 41-66. <https://doi.org/10.18046/recs.i35.4882>

- Chávez Turello, A. L. (2022). Impacto de la pandemia de COVID-19 en cuestiones de género, redes de apoyo social y salud mental: reflexiones y propuestas. *Revista de Psicología*. 27. 189-207. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n27/2223-3032-rip-27-189.pdf>
- Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad [CCINSHAE]. (junio 2015). *Guía de sometimiento para protocolo de investigación en seres humanos (Homoclave COFEPRIS 04-010)*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/67158/5.5.-Guia_Protocolo_Inicial.pdf
- Comisión Nacional de Bioética [CONBIOÉTICA]. (2018). *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités de ética en investigación*. https://www.uv.mx/ics/files/2019/04/Gui_a_CEI_2018_6ta_Edicion.pdf
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED]. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. CONAPRED.
- Cornwell, S. (2023, 2 de marzo). *Mitos comunes sobre el TDAH*. Child Mind Institute. <https://childmind.org/es/articulo/mitos-comunes-sobre-el-tdah/>
- Cruz-Caballero, A. M., Robles-Francia, V. H. y Robles-Ramos, V. A. (2021). Diferencias de género en la sensibilidad emocional por covid-19 en estudiantes universitarios. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 11 (22). <https://www.scielo.org.mx/pdf/ride/v11n22/2007-7467-ride-11-22-e049.pdf>
- De Beauvoir, S. (1973). *El segundo sexo*. Editorial Cátedra.
- Del Olmo, M. (2005). Prejuicios y estereotipos: un replanteamiento de su uso y utilidad como mecanismos sociales. *XXI Revista de Educación*. 7. 13-23.
- Dongo, A. M. (2008). La teoría del aprendizaje de Piaget y sus consecuencias para la praxis educativa. *Revista IIPSI*. 11 (1). 167-181
- Egg, A. (2009). *Diccionario del Trabajo Social*. Editorial Brujas

- Ellison, J. M., Semlow, A. R., et al (2021). COVID-19 and MENTal Health: Addressing Men's Mental Health Needs in the Digital World. *American Journal of Men's Health*. 15 (4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8267042/>
- Epp, J. (1988). Mental Health for Canadians: Striking a Balance. *Canadian Journal of Public Health*. 79 (5). 327-349. <https://www.jstor.org/stable/41989592>
- Espinales Pantoja, S. C. (2022). *Pandemia del COVID-19 y sus efectos en la salud mental de mujeres adultas, Hospital Mont Sinaí de Guayaqui, 2022*. [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/7981/1/UPSE-TEN-2022-0066.pdf>
- Fiorenzato, E., Zabberoni, S., Costa, A. y Cona, G. (2021). Cognitive and mental health changes and their vulnerability factors related to COVID-19 lockdown in Italy. *PLoS ONE*, 16(1), 1-25. 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246204>
- Freeman, D. y Freeman, J. (2013). *The stressed sex: uncovering the truth about men, women, and mental health*. Oxford University Press.
- Galderisi, S., Heinz, A. et al. (2015). Hacia una nueva definición de la salud mental. *World Psychiatry, edición en español*. 13 (2). 231-233. https://www.wpanet.org/_files/ugd/e172f3_dea2b6b60fd648cf815711558d3dc3b4.pdf
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de psicología*. Siglo XXI
- Gobierno de México. (17 de diciembre de 2020). *En 2019, 23% del PIB fue informal y se generó por el 56.5% de la población ocupada*. <https://www.gob.mx/shcp%7Cgacetaeconomica/articulos/en-2019-23-del-pib-fue-informal-y-se-genero-por-el-56-5-de-la-poblacion-ocupada>
- Gobierno de México. (s/f). Fases o escenarios de contingencia y nivel de propagación del COVID-19. [Imagen]. http://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2021/08/Fases-COVID19.pdf
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu editores.

- Gómez Rodríguez, A. (2005). Ciencia y valores en los estudios del cerebro. *ARBOR ciencia pensamiento y cultura*. XXXI (716). 479-492.
- González Arpstequi, M. R. y Rodríguez González, D. (2021). Mujeres cubanas cuentapropistas ante la COVID-19. La lucha por la vida desde una perspectiva de género.” *Islas*. 63 (199). 33-52. <http://islas.uclv.edu.cu/index.php/islas/article/view/1180/967>
- Harris, M. (2001). *Antropología cultural*. Alianza Editorial.
- Henssler, J. Stock, F. Van Bohemen, J. *et al.* (2020) Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation-a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01196-x>
- Huertas Zarco, M. (2010). La culpa de las mujeres como instrumento de violencia y de mantenimiento de la estructura patriarcal. En *Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor! Actas VI Congreso Estatal Isonomía sobre Igualdad entre mujeres y hombres*. (pp. 94-104). Universitat Jaume.
- Hueso Montoro, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index de enfermería*. 5 (55). 49-53. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300011
- Infante Castañeda, C., Peláez Bellestas, I. y Giraldo Rodríguez, L. (2021). “COVID-19 y género: efectos de diferenciales de la pandemia en universitarios. *Revista mexicana de sociología*, 83 (spe). 169-196. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032021000500169&script=sci_arttext
- International Federation of Social Workers [IFSW]. (2 de agosto de 2018). *Declaración global de los principios éticos del trabajo social*. <https://www.ifsw.org/declaracion-global-de-los-principios-eticos-del-trabajo-social/>
- Ipsos. (2021, 12 de abril). *Expectations about when life will return to pre-COVID normal vary widely across the world*. <https://www.ipsos.com/en/expectations-about-when-life-will-return-pre-covid-normal-vary-widely-across-world>

- Johns Hopkins University. (2021). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
- Kleinman, A. (2020). *The Illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2006). *La soledad y la desolación*. Centro Evangélico de Estudios Pastorales en Centro América. https://cedepca.org/wp-content/uploads/2019/06/temas_68_fh10.pdf
- Lagarde y de los Ríos, M. (2018). *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Siglo XXI Editores.
- Lamas, M. (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*. Escuela Nacional de Antropología e Historia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". *Nueva antropología*. VIII (30). 173-198. <https://www.redalyc.org/pdf/159/15903009.pdf>
- Lauretis, T. (1992). *Alicia ya no. Feminismo, Semiótica, Cine*. Ediciones Cátedra.
- Lillo, N. y Roselló, E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Narcea, S. A. de ediciones.
- Marco Sola, L. (2020). Margart Mead: Sexo, temperamento y aborígenes de Nueva Guinea. *El Obrero, Periodismo transversal*. <https://elobrero.es/la-zurda/59090-margaret-mead-sexo-temperamento-y-aborigenes-de-nueva-guinea.html>
- Martínez Cortés, F. (1995). El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. *Medico moderno*. Año XXXIV (2). 60-78.

- Mascayano Tapia, Lips Castro, et al. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38 (1). 53-58.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
- Mead, M. (1975). *Male and Female, a study of the sexes in a changing world*. Morrow Paperback Editions.
- Méndez, L. (2008). *Antropología feminista*. Editorial Síntesis.
- Miles, M. B. y Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ministerio de Ciencias e Innovación y Ministerio de Sanidad. (1 de junio 2020). *Factores de riesgo en la enfermedad por SARS-COV-2 (COVID-19)*. <https://www.conprueba.es/factores-de-riesgo-en-la-enfermedad-por-sars-cov-2-covid-19>
- Miranda, P. y Morales, A. (2020, febrero 28). Confirman primer caso de coronavirus en México. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/coronavirus-en-mexico-confirman-primer-caso>
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*. 49 (1). 63-70. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009
- Monje, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Neiva: Universidad Surcolombia.
- Monroy López, A. (2014). *Estudio antropológico de la experiencia del cáncer y del dolor. El caso de los pacientes indígenas y no indígenas atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2014/marzo/0710486/0710486.pdf>

- Monroy López, A. (2017). La interculturalidad en la salud como estrategia de intervención y atención para Trabajo Social: el caso de personas indígenas oncológicas. *Trabajo Social UNAM*, (8), 9-28. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/58819>
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., et al. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*. 18 (1). 175-181. <https://www.scielosp.org/pdf/gsv18s1/05saludmental.pdf>
- Moore, H. L. (2009). *Antropología y feminismo*. Ediciones Cátedra.
- Morales Chainé, S., López Montoya, A., Bosch Maldonado, A., Beristain Aguirre, A., Robles García, R., López Rosales, F., & Fernández Cáceres, C. (2020). Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*. 6 (2), 11–24. <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.03>
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCyTU]. (2018). Salud mental en México. *NOTA-INCyTU*. (007). 1-6. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Oliva Berboza, P. y Golen Zuñiga, B. (2 de abril 2020). 40 días en casa, 40mil cosas más... <https://www.larevista.cr/patricia-oliva-y-bacteri-golen-40-dias-en-casa-40-mil-cosas-mas/>
- Our World in Data. (2022). *Cumulative confirmed COVID-19 cases and deaths, World*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-deaths-and-cases-covid-19?time=2020-01-22..2022-12-31>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Fortalecimiento de la preparación para la COVID-19 en las ciudades y otros entornos urbanos. Orientaciones provisionales para las autoridades locales*. <https://iris.who.int/handle/10665/332039>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Más información sobre la pandemia de COVID-19*. https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 2 de marzo). *La Pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*.

<https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 17 de junio). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2021). *Programa L'Oréal-UNESCO "La mujer y la ciencia"*. UNESCO. <https://es.unesco.org/science-sustainable-future/women-in-science>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2020, 11 de marzo). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Palomino-Oré, C. y Huarcaya-Victoria, J. (2020). Trastorno por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. *Horizonte Médico (Lima)*, 20 (8). <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v20n4/1727-558X-hm-20-04-e1218.pdf>

Peña-Estrada, C. C., Cruz-Sánchez, I. y Juvera-Avalos, J. (2020). Desafíos de las Mujeres: Trabajos, cuidados, uso de tiempo y salud emocional durante el COVID-19. En Marroquín-De Jesús, A., Olivares-Ramírez, J. et al (Coord.). *Handbook T-VI CIERMMI Mujeres en la Ciencia Sociedad, violencia de género*. ECORFAN. 77-97 https://www.ecorfan.org/handbooks/Handbooks_Mujeres_en_la_Ciencia_TVI/Handbooks_Mujeres_en_la_Ciencia_TVI.pdf

Perea- Baena, J. M. y Sánchez-Gil, L. M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*. 17 (3). 164-168.

Pisano, M. (2001). *El triunfo de la Masculinidad*. Surada Ediciones.

Porta, M. y Last, J. M. (2018). *Dictionary of Public Health*. Oxford

Pulido, S. (12 de marzo de 2020). *¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia?* Gaceta Médica. <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote->

- Rice, T. y Sher, L. (2021). The men's mental health perspective on adolescent suicide in the COVID-19 era. *Acta Neuropsychiatrica*. 33 (4). 178-181. doi:10.1017/neu.2021.10
- Ruggieri, V. y Arberas, C. (2016). Autism in females: clinical, neurobiological and genetic aspects. *Revista de Neurología*. 62 (1). 21-26. https://www.researchgate.net/profile/Claudia-Arberas-2/publication/296483247_Autism_in_females_clinical_neurobiological_and_genetic_aspects/links/5c646d3d45851582c3e6dbe8/Autism-in-females-clinical-neurobiological-and-genetic-aspects.pdf
- Rubin, H. J. y Rubin, I. S. (1995). *Qualitative interviewing. The art of hearing data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ruiz-Larrea Lucía, A. (2022.) COVID-19 y desigualdad de género en España: consecuencias de la pandemia para las mujeres en empleo y salud mental. *Investigaciones Feministas*. 13 (1). 39-51. <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/77835/4564456560802>
- Ruiz, M. (30 de septiembre 2020). *Secuelas de la COVID-19: un análisis por especialidades*. Gaceta Médica. <https://gacetamedica.com/investigacion/secuelas-de-la-covid-19-un-analisis-por-especialidades/>
- Saldívar-Garduño, A. y Ramírez-Gómez, K. E. (2020). Salud mental, género y enseñanza remota durante el confinamiento por el COVID-19 en México. *Persona*. 23 (2). 11-40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7838725>
- Sánchez, J. O. (2014). *Antropología*. Editorial Alianza.
- Sánchez Álvarez, N., Quintana Orts, C. y Mérida López, S. (2021). Salud mental en tiempos de COVID-19: profundizando en los efectos de la pandemia en España. En Puebla-Martínez y Vinader-Segura (Coord.) *Ecosistema de una pandemia. COVID-19, la transformación mundial*. (pp.266-288). Dykinson S. L.
- Sau, V. (2000). *Diccionario Ideológico Feminista I*. Icaria editorial.

- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas, M. (Comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 265-302). PUEG.
- Serrato Bravo, E. (2008). *Qué es y para qué es la perspectiva de género. Libro de texto para la asignatura: Perspectiva de Género, en educación superior*. Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. VERITAS. (22) 121-157. <https://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2023, 24 de abril). *Mitos y realidades sobre la salud mental*. <https://www.samhsa.gov/salud-mental/mitos-realidades>
- Ugalde Peláez, D. L. et al. (2021, 20 de septiembre). *Trabajo Social Digital. Autores y sus aportaciones teóricas*. [Publicación]. Facebook. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=115568744192560&set=pb.100072058936584.-2207520000>
- Unite Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas. Perspectiva de Género*. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf
- Unite Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2021, 24 de marzo). *114 million children still out of the classroom in Latin American and the Caribbean*. <https://www.unicef.org/press-releases/114-million-children-still-out-classroom-latin-america-and-caribbean>
- Universidad de Chile. (s/f). *Pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en Seres Humanos*. <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76196/introduccion-declaraciones-principios-eticos-generales->

World Health Organization [WHO]. (2022, 2 de marzo). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

World Health Organization [WHO]. (2022, 5 de mayo). *14.9 million excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in 2020 and 2021*. <https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>

Zamarripa, J., Delgado-Herrada, M., Marquecho-Sánchez, R. *et al.* (2020). Adaptability to social distancing due to COVID-19 and its moderating effect on stress by gender. *Salud Mental*. 43 (6), 273-278. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.037>

Anexos

Anexo No. 1

Guía de entrevista para recuperar las principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivadas de la pandemia por COVID-19

Se coloca la guía utilizada durante las entrevistas con las mujeres participantes para recopilar sus experiencias durante la pandemia y cuarentena por COVID-19.

Fecha _____

Folio _____



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social
Proyecto PAPIIT IV300220
Guía de Entrevista



Objetivo: Analizar cuáles son las principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivadas de la pandemia por COVID-19.

Datos generales

Nombre _____ Edad _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ Estado civil _____ Religión _____

Género _____ Dirección _____

¿Con quién vive? _____

Principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivadas de la pandemia de COVID-19

1. ¿Cómo ha vivido la pandemia? ¿Cuál es su experiencia?
2. ¿Cómo vivió el periodo de cuarentena?
3. ¿Cómo desarrolló sus actividades diarias durante la pandemia?
4. ¿Cómo llevó a cabo sus actividades diarias durante el periodo de cuarentena?

5. ¿Qué ocupación tenía antes y durante la pandemia?
6. ¿Cómo se desarrolló su ocupación durante el periodo de cuarentena? ¿Y durante la pandemia?
7. ¿Qué actividades domésticas y/o de cuidado se realizaron en su hogar durante la cuarentena? ¿Quién las realizaba?
8. ¿Qué actividades domésticas y/o de cuidado se realizaban antes de la pandemia? ¿Quiénes las realizaban?
9. ¿Cómo se sintió emocionalmente durante la cuarentena? ¿Por qué?
10. ¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante la pandemia? ¿Por qué?
11. ¿Qué sentimientos tuvo durante la cuarentena? ¿Por qué?
12. ¿Qué sentimientos ha tenido durante la pandemia? ¿Por qué?
13. ¿Cuáles fueron sus estados de ánimo durante la cuarentena? ¿Por qué?
14. ¿Cuáles han sido sus estados de ánimo durante la pandemia? ¿Por qué?
15. ¿Se vio afectada físicamente durante la cuarentena? ¿Por qué?
16. ¿Se ha visto afectada físicamente durante la pandemia? ¿Por qué?
17. ¿Durante la cuarentena dedicó algún tiempo para sí misma? (Realizar algún hobby o actividad que le guste) ¿Qué tan frecuente fue?
18. ¿De qué forma vivió su familia el periodo de cuarentena?
19. ¿De qué forma su familia está viviendo la pandemia?
20. ¿Durante la pandemia y cuarentena cómo se desarrollaron los lazos con su familia o las personas con las que vive?
21. ¿Cómo se desarrollaron los lazos con sus amistades durante la pandemia y cuarentena?
22. ¿Usted enfermó de COVID-19? ¿Cómo fue su experiencia?
23. ¿Alguna persona cercana enfermó de COVID-19? ¿Cómo fue la experiencia?

Construcción del padecimiento de las mujeres durante la pandemia.

24. ¿Qué significado tuvo para usted el periodo de cuarentena?
25. ¿Qué significado ha tenido la pandemia para usted?
26. ¿Cuál considera usted la causa de su problema o problemas de salud?
27. ¿Por qué considera usted que su problema comenzó en el momento en que lo hizo?
28. ¿Qué le ocasiona o cómo le afecta el problema?
29. ¿Qué tan grave es su problema? ¿Considera que va a durar poco o mucho tiempo?

30. ¿Cuáles son las principales consecuencias de su problema de salud sobre usted y su familia?
31. ¿Qué es lo que usted más teme como resultado de su problema de salud?
32. ¿Quién más le ha atendido este problema de salud?
33. ¿Qué otro tratamiento ha empleado?
34. ¿Quién le aconseja respecto a sus problemas de salud?
35. En caso de haber acudido a recibir atención por sus afectaciones ¿Cuál es el tratamiento que debería de recibir?
36. En caso de haber acudido a recibir atención por sus afectaciones ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera del tratamiento?

Estrategias de afrontamiento que las mujeres desarrollaron para atender las afectaciones derivadas por la pandemia COVID-19.

37. ¿De qué forma sobrellevó las afectaciones emocionales que tuvo derivados de la pandemia y la cuarentena?
38. ¿Qué estrategias considera que fueron las más útiles? ¿Cómo le ayudaron o ayudan? ¿Cómo le hacen sentir?
39. ¿Qué estrategias no funcionaron?
40. ¿Qué estrategias recomendaría?
41. En caso de haber tenido COVID-19 ¿Cómo sobrellevó el proceso?
42. En caso de que alguna persona familiar hubiera tenido COVID-19 ¿Cómo sobrellevó el proceso?

Redes de apoyo social de las mujeres durante la cuarentena: familiares, amistades, personas vecinas, compañeras, grupos de apoyo e instituciones.

43. ¿Con quién compartió su sentir? ¿De qué forma compartió sus sentires con otras personas? ¿A quiénes les comentó?
44. ¿Cómo se sintió de compartir sus emociones con otras personas?
45. ¿De qué forma su familia la apoyó?
46. ¿De qué forma sus amistades la apoyaron?
47. ¿De qué forma recibió apoyo por parte de alguna institución?

- 48. ¿Cómo supo a qué institución acudir?
- 49. ¿De qué forma fue apoyada por otras personas (vecinas, conocidas, etc.)?

Afectaciones en el contexto comunitario de las mujeres

- 50. ¿De qué forma las personas de su colonia desarrollaron sus actividades durante la pandemia y la cuarentena?
- 51. ¿Cómo se desarrollaban las personas de su colonia antes de la pandemia y cuarentena?
- 52. ¿De qué forma se desarrollaron los lazos con las personas vecinas durante la pandemia y la cuarentena?
- 53. ¿Cómo eran los lazos entre las personas vecinas antes de la pandemia y cuarentena?
- 54. ¿Conoce casos de COVID-19 en su colonia?
- 55. ¿En el caso de las personas de su colonia que tuvieron COVID-19, de qué forma se apoyaron de las vecinas y los vecinos?
- 56. ¿Qué piensan las personas de su comunidad sobre la pandemia y la cuarentena?
- 57. ¿Qué tipo de organización hubo entre las personas de su colonia por la pandemia y la cuarentena por COVID-19?
- 58. ¿De qué forma las mujeres de su colonia se organizaron durante la pandemia y la cuarentena por COVID-19?

Anexo No. 2

Tabla con la información de las mujeres entrevistadas

Se coloca el formato de consentimiento previo informado utilizada durante la investigación, de forma que la participación fuera de forma voluntaria e informada.

Formato de consentimiento informado

Consecuencias del confinamiento por la pandemia COVID-19 en la salud mental de las mujeres residentes en la Alcaldía Gustavo A. Madero. Un enfoque desde el trabajo social.

Fecha de elaboración: 24/08/2021
Última modificación:

Favor de leer con cuidado esta información, puede hacer todas las preguntas que desee. La persona encargada le explicará cualquier término o información que no se comprenda con claridad.

1. Introducción

Se le invita a que participe en un estudio de investigación social que forma parte del proyecto denominado *“Consecuencias del confinamiento por la pandemia COVID-19 en la salud mental de las mujeres residentes en la Alcaldía Gustavo A. Madero. Un enfoque desde el trabajo social.”*

En esta carta de consentimiento informado se explican los motivos por los que se planea realizar esta investigación y cuál sería su papel en caso de que decida participar en el mismo. Una vez revisada la información con la persona responsable, podrá conocer la información necesaria para decidir si participa. El presente documento de consentimiento informado es parte del protocolo del estudio.

2. Participantes

En esta investigación sólo podrán participar mujeres cisgénero que residan en la Alcaldía Gustavo A. Madero (lugar donde se está realizando la intervención con el proyecto PAPIIT), que tengan tiempo disponible para participar en las entrevistas con profundidad y que previamente aceptaran y dieran su consentimiento informado de participar en el proyecto.

Por otro lado, quienes no podrán participar, serán mujeres que se encuentren, previamente, en algún tratamiento psiquiátrico, pues podría interferir con los resultados de la investigación y quienes, durante el transcurso del estudio, retiren su permiso para utilizar su información y datos.

3. Propósito de la investigación

El propósito de la investigación es analizar cuáles son las principales afectaciones en la salud mental de las mujeres, derivadas de la pandemia por COVID-19. Las afectaciones las vamos a considerar como vivencias emocionales, sentimentales y sociales. También el apoyo recibido por sus redes de apoyo, familiares, amistades y personas vecinas. Se entrevistarán a un estimado de 6 mujeres con las mismas características que usted.

4. Descripción de la investigación

Si usted cumple con las características y acepta participar de forma voluntaria en la investigación, se realizará un encuentro por medios digitales (zoom o Google meet) o medios telefónicos (whatsapp videollamada), con una duración máxima de 2 horas, en donde se le preguntará de forma respetuosa sobre cuestiones relacionadas a su experiencia durante la pandemia y posterior cuarentena, éstas serán audio grabadas. El material que se obtenga será exclusivamente para uso académico. Toda información se anejará bajo el principio de confidencialidad, con total privacidad de lo que relate durante el encuentro.

Le pedimos que pueda responder a las preguntas que la investigadora le formulará, se debe aclarar que este tipo de entrevista se lleva a manera de conversación, tocando los temas necesarios para explorar la vivencia y experiencia de su proceso en la pandemia y cuarentena.

La fecha para realizarla se acordará por correo electrónico, con base en su tiempo, posibilidades y disponibilidad. La realización de esta investigación no comprende medidas terapéuticas o diagnósticas.

5. Procedimiento de la investigación

Previo a la entrevista las posibles mujeres colaboradoras de la investigación se contactarán con la investigadora principal mediante correo electrónico, señalando su interés en participar de forma voluntaria. Por el mismo medio se les explica los objetivos y procedimientos de la investigación. Finalmente se concretará día y hora de la entrevista.

Posteriormente se llevarán a cabo las entrevistas con profundidad a las mujeres participantes, para conversar sobre sus experiencias durante la pandemia y posterior cuarentena, mediante los medios virtuales o telefónicos que sean más accesibles para ellas.

Después de las entrevistas, la información recabada será totalmente confidencial y sólo se utilizará para los propósitos propios de la investigación, los datos personales no serán revelados en las publicaciones de tesis, artículos, congresos o reuniones que se convoquen para dar a conocer los resultados de la investigación.

6. Costos relacionados con la investigación

Su participación no tendrá ningún costo, pero tampoco recibirá una compensación económica por participar.

Riesgos o inconveniencias razonables y previsibles

En caso de que usted llegara a sentir incomodidad al momento de responder algunas preguntas durante la entrevista, se pueden evitar los puntos que no quiera contestar, también se puede suspender temporalmente la sesión y reprogramarla para otro día, incluso, de quererlo, se puede suspender los encuentros definitivamente.

7. Posibles beneficios esperados

Mediante su participación en la investigación, se espera obtener información importante acerca de cómo la pandemia y la posterior cuarentena afectó la salud mental de las mujeres, de forma que posteriormente se pueda realizar una intervención donde se tomen las medidas necesarias para tratar los padecimientos que surgieron. Sin embargo, existe la posibilidad de que usted no se beneficie directamente de esta investigación.

8. Alternativas a la participación en esta investigación

De existir información nueva (aunada o diferente a la ya mencionada en este documento) que pueda influir en su decisión de participar en la investigación, se le informará de manera oportuna para que decida si quiere continuar o no. Esta investigación no será utilizada con motivos diferentes a los planteados en esta carta de consentimiento.

9. Participación-retiro de la investigación

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, puede decidir si participar o no. Si decide hacerlo, podrá retirar su información/participación cuando lo desee, es decir, puede suspender su cooperación si llega a sentirse incómoda o cambia de opinión.

10. Responsabilidades

Si decide participar en la investigación, aceptará el compromiso de responder al contacto virtual en los días y horarios establecidos para la entrevista, en la que se le solicitará responder algunas preguntas respecto a las afectaciones que vivió durante la pandemia y posterior cuarentena. Se le solicita que informe de cualquier inconveniente que le impida participar en las sesiones para el estudio o si desea retirar definitivamente su participación.

11. Pagos y compensaciones

No existirá una compensación económica por su participación en la investigación.

12. Confidencialidad

Sus datos personales y la información recuperada durante la investigación serán de carácter confidencial, no serán divulgados y en todo momento su identidad será resguardada, incluso si los resultados se presentan en publicaciones o eventos académicos. Sólo el equipo de investigación podrá acceder a esta información.

En caso de cualquier duda sobre sus derechos como participante en una investigación social puede dirigirse con la Dra. Alejandra Monroy López al teléfono 5523129960.

Si se publica la información obtenida de este estudio, se redactará de modo tal que nadie pueda identificar sus datos personales e identidad, salvo que dicha información sea requerida oficialmente por alguna autoridad mexicana en materia de investigación.

13. Información de la investigadora principal

Si tiene alguna pregunta acerca de los procedimientos o cualquier otra duda relacionada con el proyecto de investigación, favor de comunicarse con la investigadora principal: Mayahuel León Ortiz al teléfono 5565222549.

Consentimiento informado

He leído y comprendido la información proporcionada para las mujeres que participen en la presente investigación, en particular las secciones que describen el propósito, descripción e implicaciones de la misma, los resultados y posibles beneficios previstos, sobre los cuales he tenido oportunidad de hacer preguntas y he comprendido todas las respuestas. Otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para participar en la investigación: *“Consecuencias del confinamiento por la pandemia COVID-19 en la salud mental de las mujeres residentes en la Alcaldía Gustavo A. Madero. Un enfoque desde el trabajo social.”* Estoy enterada de que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin que se me someta a ningún tipo de penalización. Los datos de mi participación permanecerán con carácter estrictamente confidencial. Sin embargo, estoy de acuerdo en que sean analizados y utilizados por todas las personas relacionadas con el proyecto de investigación, incluyendo las agencias reguladoras. Si se publica la información obtenida de este estudio, el reporte será redactado de modo tal que nadie pueda identificar mis datos personales e identidad.

He sido informada de todas las implicaciones y características del procedimiento para esta investigación social.

Nombre de la participante Firma Fecha y hora

Nombre del (la) testigo 1 Firma Fecha y hora

Relación con la participante _____

Dirección _____

Nombre del (la) testigo 2 Firma Fecha y hora

Relación con la participante _____

Dirección _____

Anexo No. 3

Tabla con la información de las mujeres entrevistadas

Se colocan los datos sociodemográficos de las seis mujeres entrevistadas durante la investigación.

Nombreⁱ	Edad	Colonia	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Religión
Nidia	23	Del Bosque	Licenciatura	Soltera	Pasante de trabajo social	Ninguna
Camila	30	Churubusco Tepeyac	Licenciatura	Soltera	Estudiante	Ninguna
Alexa	27	5ta Sección San Juan de Aragón	Licenciatura	Soltera	Freelance en diseño gráfico	Atea
Elisa	78	Nueva Industrial Vallejo	Secundaria	Viuda	Sin empleo (Hogar)	Católica
Nancy	25	SCT Vallejo	Licenciatura	Soltera	Empleada	Católica
Leonor	24	Progreso Nacional	Licenciatura	Soltera	Asistente de gerencia	Ninguna

ⁱ Los nombres colocados y utilizados durante el transcurso de la investigación son ficción, en respuesta a la confidencialidad de cada una de las participantes.