

División de Ciencias Sociales y Humanidades.

Análisis de las políticas públicas y salud mental en el contexto de la pandemia en mujeres, estudio de caso: dos colonias de la Alcaldía Cuajimalpa de Morelos.

Idónea Comunicación de Resultados
para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Sociales y Humanidades

Presenta:

Karla Steffany Ruiz Ramírez.

Director:

Dr. Jorge Enrique Culebro Moreno

Asesores:

Dra. Itzel Magali Eguiluz Cárdenas

Sinodales:

Dra. Itzel Magali Eguiluz Cárdenas

Dr. Jorge Enrique Culebro Moreno

Dra. Dulce Karol Ramírez López

México, CDMX

Índice	2
Agradecimientos y dedicatorias	7
Capítulo 1	10
1.1 Introducción	10
1.2 Planteamiento del problema	14
1.3 Antecedentes	17
1.3.1 Internacionales	17
1.3.1.1 La gestión de crisis y políticas públicas en torno a la salud mental durante la pandemia	18
1.3.1.2 El <i>home office</i>, el cuidado de hijos e hijas, las tareas domésticas y la sobrecarga de trabajo en las mujeres durante la COVID-19	21
1.3.1.3 El impacto de la pandemia en las zonas urbanas y rurales	21
1.3.2 Nacionales	22
1.3.2.1 La gestión de crisis y políticas públicas en la pandemia en torno a la salud mental durante la pandemia	23
1.3.2.2 El <i>home office</i>, el cuidado de hijos e hijas, las tareas domésticas y la sobrecarga de trabajo en las mujeres durante la COVID-19	24
1.3.2.3 El impacto de la pandemia en las zonas urbanas y rurales	25
1.4. Pregunta de investigación	26
1.5 Objetivo	26
1.5.1 General	26
1.5.2 Específicos	26
Capítulo 2. Crisis y gestión de crisis	28
2.1 Experiencias de políticas públicas ante la COVID-19	32
2.1.1 Suecia	32
2.1.2 Reino Unido	34
2.1.3 España	36
2.1.4 Chile	38

	3
2.2 Experiencias de políticas públicas ante la COVID-19 en México	40
2.3 Contexto de la salud pública y mental previo a la pandemia en México	
42	
2.3.1 Gestión de salud pública y mental durante la pandemia	50
2.4 Políticas públicas y análisis gubernamental de la salud mental	54
2.4.1 Programas y análisis institucional de la salud mental en México	56
2.4.1.1 Programa institucional del IMSS en salud mental en México	65
2.4.1.2 Programa institucional del ISSSTE en salud mental en México	67
2.4.1.3 Programa Institucional del INSABI en salud mental en México	70
2.4.1.4 Programas emergentes de salud mental en México durante la pandemia	71
2.5 Experiencias de políticas públicas ante la COVID-19 en la Ciudad de México	74
2.5.1 Políticas Públicas y análisis gubernamental de la salud mental en la Ciudad de México	78
Capítulo 3. Salud mental. Definición	81
3.1. Salud mental y género	85
3.1.2. La Bioética y el DSM desde la perspectiva de género: un marco para la reflexión	89
3.2 La conciliación de la vida laboral y familiar durante la pandemia de la COVID-19: un análisis desde los roles de género, el <i>home Office</i>, y la división sexual del trabajo.	95
3.2.1 Las diferencias epidemiológicas de salud mental en mujeres y hombres durante la pandemia.	101
3.3 El impacto de la COVID-19	105
3.4 Aportaciones en el desarrollo de las políticas públicas, el género y la relación con la salud mental por la pandemia COVID-19	107
Capítulo 4. Depresión	112

	4
4.1. Concepto y clasificación de la depresión según el DSM	116
4.2. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)	119
Capítulo 5. Ansiedad	120
5.1 Concepto y clasificación de los trastornos de ansiedad (TA) según el DSM. 123	
5.2 Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	126
Capítulo 6. Metodología	127
6.1. Diseño de investigación	127
6.2. Población muestra	127
6.3. Instrumentos de recolección de datos	130
6.4. Análisis de datos	132
6.5. Consideraciones éticas	133
Capítulo 7. Sitios de estudio	134
7.1 Sitio de estudio 1. Población rural: San Lorenzo Acopilco	142
7.1.1 Contexto y características de San Lorenzo Acopilco	144
7.2 Sitio de estudio 2. Población urbana: Santa Fe (Colonia Santa Fe)	147
7.2.1 Contexto y características de la Colonia Santa Fe	148
7.3 Síntesis de resultados	150
7.3.1. Experiencias del <i>home office</i>	150
7.3.2. Comparación de resultados	156
Capítulo 8. Políticas en torno a la salud mental	159
8.1. Políticas en torno a la salud mental a nivel Federal	160
8.2. Políticas en torno a la salud mental de la Alcaldía Cuajimalpa	164
8.3. Programas de salud mental institucional	166

8.4. Políticas que se relacionan con la salud mental de las mujeres	5 167
Capítulo 9. Conclusiones	170
Bibliografía	180
Anexos	206
Anexo 1. Mapa de San Lorenzo Acopilco	206
Anexo 2. Mapa de Santa Fe	209
Anexo 3. Tabla con los atributos y características de las mujeres entrevistadas de San Lorenzo Acopilco	210
Anexo 4. Tabla con los atributos y características de las mujeres entrevistadas de Santa Fe	212
Anexo 5. Resultados	213
Anexo 5.1. La comparación de los Índices de ansiedad y depresión en las mujeres entrevistadas de San Lorenzo Acopilco y Santa Fe	213
Anexo 5.1.1 Índices de ansiedad y depresión en las mujeres entrevistadas de San Lorenzo Acopilco	217
Anexo 5.1.2 Índices de ansiedad y depresión en las mujeres entrevistadas de Santa Fe	221
Anexo 5.2. El contexto de las mujeres en ambas colonias de Cuajimalpa —el <i>home office</i> , el trabajo en casa, cuidado de hijos o hijas y la sobrecarga de trabajo—, asociadas a la ansiedad y depresión	225
Anexo 5.2.1. El <i>home office</i> , la conciliación de la vida laboral y las tareas asignadas al género, las jornadas de trabajo y el crecimiento laboral	226
Anexo 5.2.2. La división de tareas domésticas, las de cuidado y crianza. Conocer la dinámica familiar y la relación en pareja	238
Anexo 5.2.3. Repercusión de la salud mental a causa del <i>home office</i> , la conciliación del trabajo y los roles asignados al género	256
Anexo 5.3. El análisis detallado de instrumento y entrevistas para detectar el problema en la salud mental y las experiencias de cada mujer durante estos primeros 6 meses de pandemia	282
Anexo 5.3.1. Calidad de vida de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco	284

	6
Anexo 5.3.2. Salud física de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco	288
Anexo 5.3.3. Atención psicológica y apoyo psicoemocional de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco	291
Anexo 6. Guion de entrevista	295
Anexo 6.1 Prueba PHQ-9	300
Anexo 6.2 Prueba GAD-7	301

Agradecimientos y dedicatorias

A Dios.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios por haberme dado la oportunidad de realizar esta tesis de maestría. Él ha sido mi guía, mi fortaleza y mi inspiración en este camino de aprendizaje y crecimiento. Le doy gracias por todas las bendiciones que me ha concedido, por las personas que me han apoyado y por los desafíos que me han hecho superarme. Sin su presencia y su amor, nada de esto hubiera sido posible. A Él le dedico este trabajo, fruto de mi esfuerzo y mi pasión.

A mi director:

Al Doctor Jorge Enrique Culebro le agradezco por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevaré grabados para siempre en la memoria en mi futuro profesional.

A mi comité y sinodales:

A la Doctora Itzel Magali Equiluz por su apoyo constante, por guiarme en la mejor manera de abordar a las entrevistadas, por sus enseñanzas, paciencia y dedicación para guiarme en este proceso.

A la Doctora Dulce Karol Ramírez por su orientación y su apoyo en el desarrollo de este trabajo y durante la estancia de investigación. Su valioso feedback, sus recomendaciones y sus comentarios me permitieron mejorar la calidad y la claridad de mi investigación.

A La institución académica:

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la institución UAM CUAJIMALPA por el apoyo brindado durante mi proceso de investigación y elaboración de mi tesis de maestría. Gracias a su excelente equipo académico, sus instalaciones de calidad y sus recursos bibliográficos, pude desarrollar un trabajo riguroso y original que contribuye al avance del conocimiento en mi campo de estudio. Estoy muy

orgulloso de haber formado parte de esta prestigiosa comunidad universitaria y espero seguir colaborando con ella en el futuro.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la UNICACH por brindarme esta oportunidad de crecimiento profesional y personal durante mi estancia de investigación.

A mis padres:

Ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mi maestría, les dedico a ustedes este logro amado padres, como una meta más conquistada. Orgullosa de haberlos elegido mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante. Gracias por ser quienes son y por creer en mí.

A mi esposo:

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi esposo, quien me ha apoyado incondicionalmente durante todo el proceso de mi maestría. Su amor, su paciencia y su comprensión han sido fundamentales para que yo pudiera alcanzar esta meta académica. Gracias por estar siempre a mi lado, por creer en mí y por motivarme a seguir adelante. Eres mi mejor amigo y mi compañero de vida. Te dedico este logro con todo mi corazón.

A mi hija:

En este trabajo de investigación, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi hija, que ha sido mi mayor apoyo y motivación durante todo el proceso de la maestría. Su paciencia, comprensión y amor me han ayudado a superar los momentos difíciles y a seguir adelante con ilusión y esperanza. Gracias por estar

siempre a mi lado, por creer en mí y por ser la luz de mi vida. Te amo con todo mi corazón.

A las participantes

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las participantes de mi tesis, por su colaboración, la cual ha sido fundamental para el desarrollo de este proyecto, que busca contribuir al conocimiento y la mejora de la situación de las personas afectadas por la pandemia. Agradezco su disposición, su confianza y su valentía para compartir sus experiencias y reflexiones conmigo. Espero que este trabajo pueda ser de utilidad para ellas y para la sociedad en general.

Al CONAHCYT

Estoy muy agradecido con el CONAHCYT por el apoyo económico que me brindó para alcanzar esta meta. Sin su ayuda, no habría podido realizar este proyecto tan importante para mí desarrollo profesional y académico.

Capítulo 1

1.1 Introducción

Durante la pandemia, la salud mental de las mujeres fue uno de los problemas de salud más notables, debido a la carga de trabajo añadida a los roles de género. Sin embargo, se dejó de lado y no se tomó en cuenta estructurar políticas públicas de salud mental con perspectiva de género en el contexto de la COVID-19.

La COVID-19 junto con el *home office*, el cuidado de niños y niñas, la sobrecarga de trabajo y la segunda jornada de las mujeres provocó e intensificó problemas en su salud mental. Múltiples estudios (Arteaga-Aguirre, Cabezas-Cartagena, Ramírez-Cid, et al., 2021a; Grasselli et al., 2020; Sigalotti, 2021; Sun, 2021; Zalazar, 2020) se concluye que las mujeres tienden a presentar mayor ansiedad y depresión que los varones, por lo que estas mediciones deberían representar una alarma en cuanto a la inequidad sistemática de género, cómo se reprodujeron y agravaron durante la pandemia.

En materia de políticas públicas específicas para el contexto de la pandemia esta fue deficiente, debido a que la pandemia aumentó los riesgos de desarrollar alguna enfermedad mental, asimismo la población tuvo que adaptarse al aislamiento social y tomar medidas para afrontar positivamente la situación (Anáhuac Querétaro, 2020; Cruz Marcelo, 2023; Huizen, 2021; K. Lang, 2022; Martínez Soria et al., 2020; OMS, 2022a; ONU, 2021). Forbes México (2020) añade que la salud pública debería encargarse de prevenir, tratar y reducir los problemas de salud mental de la población, pues Rodríguez-Hernández et al. (2021a, p. 229) encontraron que:

A lo largo de la vida, el 58.8 % de la población ha recibido algún tipo de atención en el área de la salud mental, ya fuera por el área de psicología o psiquiatría; las patologías más prevalentes fueron depresión (36.3 %) y ansiedad (37.7 %).

Aunado a esto en México, las políticas públicas de salud mental para mujeres durante la pandemia no tuvieron avances, pues no se incorporó la perspectiva de género y la marginación que vivieron las mujeres durante la pandemia, a causa de los roles de género¹ junto con la sobrecarga de trabajo —los cuales emergen de los atributos socialmente construidos para cada género— las colocó en un lugar donde se vulnera su salud mental. La carga de trabajo que aumentó en las mujeres por la COVID-19, sin duda afectó la salud mental en ellas (Basilio Morales, 2020; C. Gómez, Poy, et al., 2022; Rodríguez-Quiroga et al., 2020; Saldívar-Garduño y Ramírez-Gómez, 2020). Por ende, es importante desechar los estereotipos destinados a los roles de género e incorporar la perspectiva de género a la política, a la economía, al contexto social y a la cultura, con el fin de entender el problema y crear mejores abordajes a los problemas de salud mental en mujeres.

Los primeros seis meses de la pandemia, las medidas tomadas para aplanar la curva de contagios trajeron problemas emocionales, además el aislamiento y la cuarentena no se vivieron de la misma manera en zonas urbanas que en zonas rurales. Sin ninguna duda, estas zonas demográficas tienen características muy distintas, tal es el caso, que en las zonas rurales —San Lorenzo Acopilco— se mantiene la marginación laboral y económica, así como la escasez de agua y el limitado o nulo acceso a centros de salud. Por otra parte, las zonas urbanas —Santa Fe— poseen estabilidad laboral y económica, además de que es más asequible el acceso a los centros de salud y el agua.

La Ciudad de México está rodeada de pueblos que son pueblos originarios², zonas rurales y rururbanas³. En estas zonas, la existencia de marginación y pobreza es evidente y los estratos sociales son visibles, tanto es así, que sus habitantes tienen que salir de su localidad para poder conseguir trabajo. Por ejemplo, la Alcaldía Cuajimalpa cuenta con siete pueblos nombrados originarios, que conservan sus tradiciones y costumbres; dentro de los cuales se encuentra

¹ Los roles de género “son los comportamientos que la sociedad percibe como adecuados para cada sexo. En pocas palabras, los roles de género son una construcción social que marca cómo debería vivir cada individuo” (INMUJERES, 2007, p. 1).

² De acuerdo con Cardoso y Fritschy (2012, p. 27), “lo rururbano representa un área de creciente expansión y superposición de elementos y funciones urbanas y rurales”.

³ Los pueblos originarios son Los pueblos originarios de México son grupos humanos que se formaron en una zona o región específica de México y que mantienen todas o algunas de sus costumbres singulares. Son herederos de los pueblos que vivían en el territorio antes de la llegada de los colonizadores y que poseen sus propias organizaciones sociales, económicas, culturales y políticas (Barabas M, 2021; Moreno Valle, 2016).

San Lorenzo Acopilco, un área marginada y en ocasiones olvidada por la misma Alcaldía y sus habitantes. Inclusive, cerca de él, a no más de 20 minutos, se encuentra Santa Fe, una colonia cuyo poder adquisitivo y cuya estabilidad económica son perceptibles.

Por su parte, México entabló medidas para contrarrestar los efectos que surgieron por la COVID-19, nunca establecieron políticas y dinámicas en torno a aspectos demográficos cruciales, entre ellos, el género y salud mental. Esto es importante mencionarlo porque, entre la población más vulnerable, se hallan las mujeres quienes, por las medidas de confinamiento por la COVID-19, les vino una sobrecarga de trabajo que les ocasionó, entre otras cosas, temor, ansiedad, depresión y estrés, sin mencionar los problemas económicos que suscitaron.

En este trabajo se utilizan distintos conceptos relacionados con la salud mental, como enfermedad mental, síndrome mental, trastorno mental y malestar psicológico. Cada uno de estos términos tiene un significado específico y no deben confundirse entre sí. A continuación, se explican las diferencias entre ellos.

Los problemas psicológicos pueden clasificarse en diferentes categorías según su naturaleza y su origen. Una de estas categorías es la de los síndromes, que son agrupaciones de síntomas que se asocian con una o más condiciones de salud. Otra categoría es la de las enfermedades, que implican además de síntomas, alteraciones físicas o causas biológicas (o ambas). Finalmente, los trastornos mentales son cambios que afectan negativamente a la adaptación de la persona y que implican una alteración de sus procesos mentales y emocionales. El malestar psicológico, por su parte, es un estado emocional desagradable que puede ser temporal o persistente, pero que no cumple con los requisitos para ser diagnosticado como un trastorno mental (Menéndez, 2018; Mera García, 2023; Torres, 2016).

Por otro lado, la gestión de crisis en salud pública juega un papel importante al establecer políticas que amortiguan el impacto que la pandemia generó en su población. En consecuencia, la pandemia fue el suceso que dejó en evidencia la desigualdad de género, así como las desigualdades políticas, económicas y geográficas particulares de cada contexto. Podría decir que la pandemia es una probadita de lo que hace falta llevar a cabo en la gestión de crisis de salud pública —específicamente en la salud mental—, puesto que la contingencia sanitaria

provocó el aumento de problemas de salud, lo que dejó entrever la capacidad de los Gobiernos locales y federales.

El propósito de la investigación fue analizar el impacto de la ausencia específica de Políticas Públicas de salud mental para mujeres, en el contexto de la pandemia de parte del Gobierno de la Ciudad de México, en específico en la Alcaldía Cuajimalpa que se ubica al poniente de la Ciudad. Además, se pretendió conocer el contexto demográfico y la sobrecarga de trabajo de las mujeres y cómo estos aspectos influyeron en la salud mental de las mujeres, durante los primeros 6 meses de la pandemia. Se compararon los niveles probables de depresión y ansiedad de madres trabajadoras de entre 30 a 39 años que viven en las colonias Santa Fe y San Lorenzo Acopilco, por medio de 2 escalas —GAD-7 y PHQ-9—, además de realizar una entrevista con el objetivo de conocer su experiencia y vivencias en lo que se refiere a la sobrecarga de trabajo, la red de apoyo, el *home office*, las políticas públicas y la salud mental.

La finalidad de esto fue recabar la información y datos necesarios a fin de determinar el conocimiento de políticas públicas en salud mental, es decir, si existió el conocimiento o se escuchó de alguna propaganda de parte del gobierno. Asimismo, se averiguó cómo fue la experiencia de la sobrecarga de trabajo en las mujeres en estos primeros seis meses de la pandemia. Por otra parte, se conocieron las características demográficas presentes en las madres trabajadoras de ambas colonias, y cómo todos estos elementos se relacionaron con la salud mental de ellas.

Esta investigación ayudó a entender cómo la sobrecarga de trabajo de las mujeres —la cual se ha invisibilizado— durante la pandemia afectó la salud mental de las madres trabajadoras, además de conocer la importancia de establecer políticas públicas de salud y salud mental con perspectiva de género. Es imperativo que el Gobierno de México y de la Ciudad de México cree políticas públicas de salud mental para mujeres en contextos insólitos —como fue la pandemia—, así como establecer nuevas estrategias de atención, instrumentación, recolección y procesamiento de información para evitar que las mujeres sean las más propensas de padecer alguna enfermedad mental y más en contexto como lo fue la pandemia.

Dentro de las hipótesis preliminares se esperaba primero que las políticas de salud mental en la Ciudad de México no cuentan con perspectiva de género y

esto influyó en la salud mental de las mujeres, segundo que los resultados de escalas era el doble en San Lorenzo Acopilco que en las mujeres de Santa Fe y por último que el contexto y la situación económica influye en las vivencias, en la sobrecarga de trabajo y por ende en los niveles de salud mental de las mujeres de ambas colonias.

En este sentido, los principales resultados que se esperaron fue un aumento en los índices de ansiedad y depresión durante estos seis meses de la pandemia, lo que podría asociarse a la sobrecarga de trabajo —debido al *home office*, cuidado de hijos e hijas, el *homeschool* y las tareas de la casa—. Igualmente, las experiencias de las mujeres entrevistadas tuvieron diferencias debido a la colonia en la que vivían y a la red de apoyo que tuvieron durante la COVID-19.

1.2 Planteamiento del problema

La pandemia creó incertidumbre, pues puso a prueba al Gobierno ante los retos que vendrían. Ciertamente, las medidas tomadas por el Gobierno de México fueron enfocadas al aislamiento social y la Jornada Nacional de Sana Distancia (Diario Oficial de la Federación, 2020). Estas medidas posiblemente fomentaron efectos negativos en el estado mental de la población, entre los cuales se destacan los cuadros depresivos y ansiosos, es decir, el confinamiento ha pasado la factura, tanto en la salud mental y física.

Distintos estudios (Brooks et al., 2020a; Hermosa-Bosano et al., 2021; Huarcaya-Victoria, 2020; Lozano-Vargas, 2020; Özdin y Bayrak Özdin, 2020) argumentaron que el aumento de depresión y ansiedad durante la pandemia fue mayor en mujeres que en hombres. En vista de que las mujeres viven con la desigualdad social, los roles de género y las actividades asociadas al género. En pocas palabras las mujeres tuvieron mayor carga de trabajo, debido a las tareas, responsabilidades y trabajo durante los meses de confinamiento, pues muchas tuvieron que compaginar el *home office*, el cuidado de hijos o hijas —por no mencionar el *homeschool*— y las tareas del hogar.

En este sentido Hermosa-Bosano et al. (2021, p. 45) menciona que “algunas mujeres tuvieron que asumir la vigilancia de la educación de los niños mientras desarrollaban las tareas propias de su profesión, todo esto en un espacio limitado

y con poco tiempo para el descanso”. Es decir que las tareas asignadas a los roles de género junto con la pandemia colocaron a la mujer en esta situación que vulnera su salud mental.

Asimismo, existieron variables aparte del género que crearon o influyeron en los niveles de ansiedad y depresión de los hombres y mujeres, como las características de la zona demográfica, el contexto social y la situación económica (Prieto-Molinari et al., 2020). Conforme a ello Calderón (2018) señala que la prevalencia de estas variables es mayor en el área rural que en la urbana. Esto quiere decir que el pueblo de San Lorenzo Acopilco tiene estas características a las cuales se agregan la arquitectura, los sistemas de salud y de seguridad lejos del área; la utilización de sus propios espacios y calles, mientras que la colonia Santa Fe es una fiel caracterización del paisaje urbano moderno con zonas exclusivas en los que se encuentran hoteles, centros comerciales y restaurantes, por lo que los sistemas de salud y seguridad se encuentran dentro del área. La Ciudad de México es el reflejo de una ciudad de contrastes y sin duda en la Alcaldía Cuajimalpa son más evidentes, lo que hace interesante comparar ambas colonias.

Por otro lado, existe una desigualdad de género en cuanto al diagnóstico de trastornos mentales, ya sea por la nula o poca perspectiva de género en las escalas de medición y en las estadísticas nacionales de parte del gobierno —esto ha generado que las estadísticas como el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) muestran mayor presencia de algún trastorno mental en mujeres que en hombres. Por otra parte, la caracterización y el carácter asignados al género, dado que el hombre debe ser fuerte y la mujer debe ser frágil, esto ha implicado que la salud mental de las mujeres sea una construcción del género.

Dicho de otro modo, las normas de la masculinidad y feminidad, así como la inequidad de las condiciones de vida entre hombres y mujeres explican la desigualdad de género en la salud mental y justifica por qué algunos profesionales de la salud mental patologizar con mayor frecuencia a mujeres que hombres —esto quizás se deba a los sesgos y la perspectiva androcéntrica en la bioética— (Bacigalupe et al., 2022; Díaz Loving et al., 2012)⁴.

⁴ Esto ha ocasionado que la mujer sufra de una doble discriminación, lo que quiere decir que a la mujer se le rechaza por su condición de género al ser diagnosticadas con algún trastorno mental (Megías, 2022).

En vista a todo esto, es notable que no existió políticas públicas o medidas por el gobierno que protegiera la salud mental de las mujeres durante la pandemia —principalmente apoyar a las mujeres en las tareas escolares las actividades del hogar y la organización en el trabajo, lo que creó una sobrecarga de trabajo que desató malestar emocional y problemas en su salud mental—. Dicho con las palabras de Hatton (2017) la sobrecarga de trabajo en la mujer es algo que se ha naturalizado e invisibilizado en nuestra sociedad.

La pandemia fue el suceso que atentó con mayor fuerza en contra de las mujeres y madres trabajadoras, pues creó mayor sobrecarga de trabajo en la mujer, lo que agudizó la desigualdad de género. En consecuencia, es importante analizar y promover a nivel federal y estatal políticas que cuide de mujeres y madres trabajadoras —orientada a la salud mental, *home office*, los roles de género y la sobrecarga de trabajo— en condiciones extraordinarias como lo fue la pandemia.

Como señala Oliva et al. (2020) en lo referente a las políticas públicas de salud mental estas deberían estar enfocadas en la población vulnerable, con el fin de crear políticas dirigidas al ámbito laboral y así evitar la sobrecarga de trabajo en las mujeres y madres trabajadoras. En resumen, las políticas también deberían impulsar cambios culturales y políticos con el fin de impulsar una asistencia médica sin sesgo de género y así restituir las desigualdades de género en todos los ámbitos.

Para el año 2021 según los datos de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE, 2021) el 12.5 % de la población de la Ciudad de México tenía depresión de los cuales el 15% eran mujeres y 8% eran hombres. Por otro lado, de acuerdo con los mismos datos en ese mismo año el 47.2% de la población en la Ciudad de México presentaba algún síntoma de ansiedad, de los cuales el 45% eran hombres y el 50% mujeres. La encuesta de seguimiento de los efectos del COVID en el bienestar de los hogares mexicanos (ENCOVID-19, 2021) menciona que en octubre del 2021 la ENCOVID-19 (2021) el 20% de la población mexicana presentó depresión —sin especificar el porcentaje de hombres y mujeres—. Asimismo, en diciembre del 2021 el 29% de la población presentaba síntomas de ansiedad, en el que el 22% fueron hombres y el 36% fueron mujeres. Es decir, que tanto a nivel internacional y a nivel local la población con mayor

prevalencia de presentar ansiedad y depresión durante la pandemia fueron las mujeres.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿qué efecto tuvo la ausencia de políticas públicas en el contexto de la pandemia en la Ciudad de México?, ¿en qué medida la falta de perspectiva de género en las políticas públicas de salud mental influyó en la atención de ansiedad y depresión en mujeres?, ¿cuál es la diferencia entre las frecuencias de ansiedad y depresión de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco? Y ¿Cómo las experiencias y características personales influyen en la ansiedad y depresión de las mujeres de ambas colonias?

1.3 Antecedentes

Tomando en cuenta los lineamientos del trabajo de investigación es importante desarrollar los antecedentes. Estos antecedentes se vincularon con la salud mental y políticas públicas en zona rural y urbana durante la pandemia en mujeres. Con el propósito de destacar la importancia de los conocimientos y aportes para la presente investigación.

1.3.1 Internacionales

En este apartado se recopilaron los datos e información importante a nivel internacional, por un lado, se analizaron la gestión de crisis y las políticas públicas llevadas a cabo durante la pandemia. Por otro lado, se examinó el impacto de la pandemia en las zonas urbanas y rurales, dado que la COVID-19 tuvo diferentes impactos dependiendo de la demografía y el contexto. Finalmente, se reflexionó sobre la recopilación de información que existe acerca del impacto que la COVID-19 tuvo sobre la salud mental de las mujeres en la esfera pública, privada y las tareas asignadas al género.

1.3.1.1 La gestión de crisis y políticas públicas en torno a la salud mental durante la pandemia

Arteaga (2020) realizó un estudio sobre el modelo y la gestión de crisis en España durante la pandemia COVID-19. El autor encontró que el modelo utilizado para enfrentar la crisis sanitaria causada por la COVID-19 tenía limitaciones, ya que el sistema español no estaba preparado para una pandemia de tal magnitud y complejidad. El autor recomendó que los países debían revisar y mejorar sus sistemas de salud y sus modelos de gestión de crisis, para poder responder mejor a posibles pandemias futuras.

En un estudio realizado por Paz et al. (2020), se analizaron el impacto de las variables sociodemográficas en la salud mental de pacientes con COVID-19 confirmados o sospechosos que participaron en el programa de vigilancia epidemiológica en Ecuador, que implicaba confinamiento obligatorio y aislamiento. Para ello, se aplicó una encuesta en línea que incluía datos sociodemográficos y medidas de los síntomas depresivos mediante el Cuestionario de Salud del Paciente-9 y de los síntomas de ansiedad mediante el Trastorno de Ansiedad Generalizada-7. Los resultados mostraron que el 20.3% de los pacientes tenía síntomas de depresión de moderados a severos y el 22.5% tenía síntomas de ansiedad de moderados a severos. Se encontró que la práctica de ejercicio, el mantenimiento de las rutinas diarias y la información sobre la COVID-19 limitada a una hora al día se relacionaron con una mejor salud mental. Por el contrario, el ser mujer y el ser de la región costera se asociaron con un mayor riesgo de padecer ansiedad o depresión.

El estudio de Arteaga-Aguirre et al. (2021) se analizaron cómo la crisis sanitaria por la COVID-19 afectó de manera multidimensional a la población, generando mayores brechas de desigualdad y vulnerabilidad en los ámbitos económico y de salud. Asimismo, se exploró cómo la convergencia del espacio doméstico y el laboral tuvo un impacto negativo en las madres trabajadoras de Chile, que se vieron obligadas a incrementar su carga de trabajo y de cuidados, alterando sus rutinas y deteriorando su salud mental. Los resultados mostraron que las mujeres recurrieron a diversas estrategias y rutinas para lograr un equilibrio frente a la situación de emergencia y las múltiples actividades y responsabilidades que debían asumir. Sin embargo, estas estrategias fueron condicionadas por el

nivel de ingresos, la red de apoyo y la flexibilidad laboral de las mujeres. Arteaga-Aguirre et al. (2021b, p. 35) señalaron que este contexto evidencia la falta de políticas y medidas por parte del Gobierno, las instituciones educativas y los empleadores, que contribuyeron a aliviar la carga de las mujeres o a apoyar a las familias en las tareas de cuidados, educación y organización del trabajo. Por lo tanto, se hace necesario debatir sobre políticas, tanto públicas como privadas, que reconozcan los cuidados como una actividad social y colectiva.

Bacigalupe y Martín (2021) realizaron investigaciones clínicas con el objetivo de evidenciar que las mujeres tienen más riesgo de recibir un diagnóstico de depresión y ansiedad. Utilizando un enfoque interseccional que incluyó la edad, la educación y la clase social, este estudio analizó las desigualdades de género en el diagnóstico de depresión y ansiedad. Como resultado se verificó que hay desigualdades de género en el diagnóstico, así como en la prescripción de psicofármacos, ya que las mujeres son las más propensas a ser diagnosticadas con ansiedad o depresión. Por lo tanto, es fundamental elaborar políticas de salud con perspectiva de género, con el propósito de disminuir esta desigualdad de género en los diagnósticos de ansiedad o depresión.

En el periodo de marzo a agosto de 2020, Hermosa-Bosano et al. (2021) llevaron a cabo un estudio para explorar el estado de la salud mental de los adultos ecuatorianos durante la pandemia. La investigación se basó en un diseño no experimental, cuantitativo, transversal y descriptivo, mediante el cual se administró una encuesta anónima en línea. Los resultados mostraron que, de los 766 participantes (64.23% fueron mujeres), el 77.4% afirmaron que no tenían problemas de salud mental antes del COVID-19 y el 87.6% manifestaron que tampoco los tuvieron durante la pandemia. Sin embargo, el 41% admitió sentir un mayor malestar psicológico durante la COVID-19 y reportó niveles bajos de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los autores concluyeron que las mujeres y los adultos jóvenes fueron los grupos más afectados por los síntomas evaluados, por lo que se requiere una atención especial a la salud mental de la población general y, en particular, a la de las mujeres y los adultos jóvenes en contextos de confinamiento y pandemia (Hermosa-Bosano et al., 2021, p. 40).

Bacigalupe et al., (2020) realizaron una investigación sobre el deterioro de la salud mental de las mujeres a partir de encuestas de salud y datos clínicos. Este

artículo evidenció las desigualdades de género en salud mental y la intersección de diferentes ejes de desigualdad, por los que los profesionales de la salud tienden a diagnosticar más frecuentemente a las mujeres con depresión y ansiedad. Asimismo, esta realidad varía según la edad y el nivel socioeconómico de las mujeres. En conclusión, se requiere implementar políticas con enfoque de género en torno a la salud mental con el objetivo de revertir las desigualdades de género en las sociedades y en la atención sanitaria.

El estudio de Arias-de la Torre et al. (2019) examinaron la prevalencia de los trastornos mentales en España según el sexo y la clase social. También se exploró la relación entre los trastornos mentales y los roles familiares y la situación laboral dentro y fuera del hogar. Los resultados mostraron que la salud mental de las personas se ve afectada por las diferencias de género, el nivel socioeconómico y el desempleo. Por lo tanto, la crisis económica y el aumento del desempleo provocados por la pandemia generaron más problemas de salud mental en la población, especialmente en las mujeres.

Arias-de la Torre et al. (2019) documentaron la prevalencia de los problemas de salud mental en España por género y clase social. Además, se analizó si los problemas de salud mental se asocian con los roles familiares y la situación laboral dentro y fuera de la familia. Se encontró que las diferencias sexo-genéricas, el estatus económico y el desempleo influye en la salud mental de las personas, por lo que la alteración de la situación económica y el desempleo por la pandemia, creó mayores problemas en la salud mental de las personas y en especial de las mujeres.

Estas investigaciones tienen la finalidad de dar una perspectiva internacional a esta investigación, ya que permitió conocer los desafíos, oportunidades y recomendaciones para dar una mejor respuesta sanitaria a los futuros escenarios de emergencia. Dichos artículos dieron a conocer la importancia internacional de hacer hincapié en la necesidad de adoptar una perspectiva de género para proteger y promover la salud mental de las mujeres quienes fueron de los grupos más vulnerables ya afectados durante la COVID-19.

1.3.1.2 El *home office*, el cuidado de hijos e hijas, las tareas domésticas y la sobrecarga de trabajo en las mujeres durante la COVID-19

Según Rojas Salazar (2021, p. 85), la pandemia reveló la triple opresión que sufren las mujeres por el *home office*, la educación de sus hijos e hijas, el trabajo doméstico y las violencias de sus parejas. Además, las mujeres tienen que asumir las tareas de cuidado que el modelo de familia patriarcal mexicana les impone. Todo esto nos muestra un escenario apocalíptico que nos invita a reflexionar sobre nuestras formas de relacionarnos con el mundo y a transformar nuestras lógicas de dominación, de consumo y de comprensión de la espiritualidad.

Los nuevos datos de la encuesta recopilados en abril de 2020 por Boca et al. (2020) permitieron examinar el impacto de la COVID-19 en los arreglos laborales, las tareas domésticas y el cuidado de los niños (as) de las parejas en las que ambos trabajan. El análisis conjunto reveló que las mujeres asumen la mayor parte del trabajo adicional asociado a la COVID-19, mientras que el cuidado de los hijos e hijas se distribuye de forma más equitativa entre la pareja que las tareas del hogar.

La finalidad de analizar los resultados de varios estudios internacionales sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en las condiciones laborales y personales de las mujeres que realizaron trabajo *home office* fue el conocer como los factores influyen en la distribución desigual de las responsabilidades familiares y domésticas entre hombres y mujeres. Además de examinar las consecuencias que esto tiene para la salud física y mental, el rendimiento profesional y la satisfacción laboral de las trabajadoras.

1.3.1.3 El impacto de la pandemia en las zonas urbanas y rurales

En su estudio, Tapia (2020) analizó los niveles de contagio en zonas rurales y urbanas, y cómo estos reflejan problemas sociales como la desigualdad y el acceso a la salud. En Estados Unidos, las grandes ciudades ofrecen mejores oportunidades laborales y de servicios, pero también tienen un costo de vida muy alto que impide a muchas personas adquirir una vivienda propia, lo que las obliga

a migrar a zonas suburbanas, rururbanas o rurales. Así, la pandemia evidenció las brechas económicas y de clase entre lo urbano y lo rural.

En su estudio, Cediel et al. (2020) analizaron las diferencias de género que afectan a la población rural colombiana y cómo la crisis sanitaria por la COVID-19 las agravó. Estos efectos pueden considerarse adversos, sobre todo en lo relativo a la salud colectiva y al aumento de las inequidades por la recesión económica global, lo que reveló una situación alarmante de las mujeres campesinas, así como un instrumento para orientar adecuadamente las políticas públicas y las acciones específicas para el desarrollo. La equidad de género es una condición necesaria para un desarrollo factible y sostenible, especialmente, en las zonas rurales y la agricultura colombiana, ya que las mujeres rurales son un eje esencial para el progreso de la economía nacional.

Dichas investigaciones internacionales estudiaron el efecto de la pandemia de la COVID-19 y de la salud mental de las poblaciones urbanas y rurales. Se examinaron las diferencias y similitudes entre ambos contextos, así como los factores de riesgo y protección que influyen en el bienestar psicológico de las personas. Además, estas diferencias se deben a factores como la densidad poblacional, el acceso a los servicios de salud, la infraestructura, la movilidad y la diversificación de las actividades productivas.

Por lo tanto, es necesario diseñar e implementar políticas públicas que reconozcan y atiendan las necesidades específicas de cada territorio y contexto, con el fin de prevenir y mitigar las consecuencias negativas de la crisis sanitaria en la salud mental colectiva e individual. Además de fomentar la cooperación y la solidaridad entre las distintas regiones.

1.3.2 Nacionales

En este apartado se recopilamos los datos e información importante a nivel nacional, por un lado, se analizó la gestión de crisis y las políticas públicas llevadas a cabo durante la pandemia. Por otro lado, se examinó el impacto que la COVID-19 tuvo sobre la salud mental de las mujeres en la esfera pública, privada, asimismo las tareas asignadas al género y la sobrecarga de trabajo durante la pandemia. Por último, se reflexionó sobre el impacto de la pandemia en las zonas urbanas y

rurales, dado que la COVID-19 tuvo diferentes impactos dependiendo de la demografía y el contexto.

1.3.2.1 La gestión de crisis y políticas públicas en la pandemia en torno a la salud mental durante la pandemia

En su artículo, Rodríguez Esteves (2022) examinó el papel del Sistema Nacional de Protección Civil (Sinaproc) y el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el contexto de la pandemia de COVID-19. El autor argumentó que la pandemia ofreció una oportunidad para revisar las estrategias existentes y desarrollar mejores modelos de gestión de crisis sanitaria.

Crúz et al. (2020) analizaron las medidas adoptadas por tres gobiernos subnacionales durante la crisis sanitaria causada por la COVID-19: el de la Ciudad de México, el del Estado de México y el de Jalisco. Estos casos se seleccionaron por su relevancia para estudiar el liderazgo y la gestión de crisis, ya que son entidades con una gran actividad económica. La investigación mostró que cada uno de estos gobiernos tuvo un estilo de liderazgo y una capacidad de respuesta distintos ante la pandemia, lo que permitió identificar sus fortalezas y debilidades.

Culebro Moreno (2020) analizó cómo el nuevo modelo basado en la política social y la austeridad impactó al sector salud, cuyo sector es relevante para esta investigación. Su conclusión fue que los profesionales de la salud y los servidores públicos son clave para asegurar un sistema de protección en la salud y la seguridad social.

De acuerdo con Lavell et al. (2020), las medidas adoptadas para gestionar los riesgos durante la pandemia de la COVID-19, tuvieron un impacto en el nivel de riesgo de las personas más expuestas y vulnerables al coronavirus. Los autores concluyeron que la pandemia era un fenómeno en evolución, ya que con el paso del tiempo se revelaban los problemas que servirían de base para el análisis de las políticas de gestión de crisis.

En su estudio “El impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental”, Morales-Chainé (2021) analizó cómo la crisis sanitaria afectó el bienestar psicológico de la población. Entre sus hallazgos, destacó que la pandemia incrementó los niveles de estrés, debido a la pérdida de seres queridos y la

dificultad para realizar los rituales, pues estos impactaron negativamente a la salud mental de las personas.

La gestión de crisis y las políticas públicas en el ámbito de la salud mental durante la pandemia en México han sido objeto de análisis y debate por parte de diversos actores sociales. Estos artículos pretenden ofrecer una visión general de los antecedentes, los desafíos y las oportunidades que se presentaron en este contexto, así como algunas recomendaciones para mejorar la respuesta del Estado y la sociedad civil ante esta problemática. La salud mental es un componente esencial del bienestar humano y un derecho fundamental reconocido por la Constitución mexicana y los tratados internacionales. Sin embargo, históricamente ha sido relegada a un segundo plano en las agendas públicas, lo que se refleja en la escasez de recursos, infraestructura y personal especializado para su atención.

1.3.2.2 El *home office*, el cuidado de hijos e hijas, las tareas domésticas y la sobrecarga de trabajo en las mujeres durante la COVID-19

En su estudio, Celestino et al. (2022) analizaron el impacto de la pandemia en la forma de trabajar y realizar actividades laborales. Debido al confinamiento, muchas personas tuvieron que adaptarse al trabajo en casa, lo que supuso un cambio en sus rutinas y condiciones laborales. Esta situación generó estrés en algunos trabajadores, lo que afectó negativamente su rendimiento físico y su productividad laboral. El objetivo de este trabajo fue evaluar el nivel de estrés de los trabajadores que realizan *home office*. Los resultados mostraron que las mujeres presentaban niveles de estrés más altos que los hombres.

El trabajo doméstico y de cuidado que realizan las mujeres en el hogar ha sido históricamente invisibilizado y desvalorizado por el sistema patriarcal y los roles de género. Ramírez (2021) analizó cómo esta situación se agravó durante la pandemia, al aumentar la carga de trabajo y el estrés de las madres de familia, afectando su bienestar físico y mental. Según Ramírez (2021, p. 27), esta “desigualdad y desatención de la mujer en la repartición de las labores de limpieza,

cuidado y educación de los hijos e hijas, no se transforma en un contexto favorable de trasladarse al límite de la violencia”.

En estos trabajos se analizaron los antecedentes del *home office* en México, los factores que influyen en la sobrecarga de trabajo de las mujeres que realizaron esta modalidad. El *home office* se convirtió en una modalidad cada vez más frecuente desde la pandemia de la COVID-19. Sin embargo, esta forma de trabajo implicó también una serie de desafíos y dificultades, especialmente para las mujeres que tuvieron que combinar sus actividades laborales con el cuidado de los hijos e hijas y las tareas domésticas. En este contexto, muchas mujeres se enfrentarán a una sobrecarga de trabajo que afecta su salud física y mental, su bienestar y su calidad de vida.

1.3.2.3 El impacto de la pandemia en las zonas urbanas y rurales

En su estudio, Rivera-Hernández et al. (2021) analizaron la situación de México, uno de los países latinoamericanos más afectados por la pandemia de COVID-19. El propósito de la investigación fue examinar las diferencias clínicas y demográficas entre los grupos etarios⁵ de las personas diagnosticadas con COVID-19, así como la distribución de los casos y la mortalidad en las zonas rurales y urbanas. Los resultados mostraron que se requieren acciones políticas para promover y fortalecer la atención especializada para la población mexicana en el ámbito rural, donde se agudizan los problemas de marginación y pobreza.

El estudio de Ávila Sánchez (2020) analizó cómo la crisis sanitaria impactó en el espacio urbano, donde la densidad poblacional, la actividad productiva y social son rasgos distintivos. En el contexto rural también se manifestaron los efectos directos o indirectos de la aparición de la emergencia sanitaria.

La pandemia de la COVID-19 ha tenido efectos devastadores en la salud, la economía y la sociedad de México. Sin embargo, estos efectos no han sido homogéneos en todo el territorio nacional, sino que han variado según las condiciones y características de las zonas urbanas y rurales. En estos textos se

⁵ “Un grupo etario, es un grupo de personas que comparten edad o momento vital, y que resultan de interés estadístico o académico. Dicho de otro modo, se habla de grupos etarios cuando se clasifica para una comunidad o a un grupo de individuos en conjuntos determinados por la edad” (Equipo Editorial Etecé, 2022).

analizaron algunos de los antecedentes que explican el impacto diferencial de la pandemia en ambos tipos de zonas, considerando aspectos como la infraestructura sanitaria, el acceso a servicios básicos, la movilidad, la pobreza y la desigualdad.

El comprender la asociación entre las variables sociodemográficas y los estados psicológicos en pacientes con COVID-19 es relevante para abordar futuros problemas de salud mental y pública, con la finalidad de implementar políticas de salud destinadas a prevenir futuras complicaciones tanto en el ámbito psiquiátrico —mental— y de salud pública.

1.4. Pregunta de investigación

- ¿Qué efecto tuvo la ausencia de políticas públicas en el contexto de la pandemia en la Ciudad de México?
- ¿En qué medida la falta de perspectiva de género en las políticas públicas de salud mental influyó en la atención de ansiedad y depresión en mujeres?
- ¿Cuál es la diferencia entre las frecuencias de ansiedad y depresión de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco?
- ¿Cómo las experiencias y características personales influyen en la ansiedad y depresión de las mujeres de ambas colonias?

1.5 Objetivo

1.5.1 General

- Analizar las políticas públicas, la salud mental y las experiencias de sobrecarga de trabajo en mujeres de dos colonias de Cuajimalpa.

1.5.2 Específicos

- Presentar las observaciones de las políticas públicas de salud mental existentes en la Ciudad de México.
- Identificar las políticas y estrategias de salud mental tomadas por el Gobierno en torno a la pandemia.

- Analizar la frecuencia de depresión y ansiedad de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco de la Alcaldía Cuajimalpa.
- Identificar el contexto, las vivencias y emociones que las mujeres de ambas colonias de Cuajimalpa experimentaron durante la pandemia y cómo se relacionan con la ansiedad y depresión.
- Implementar el análisis detallado de instrumentos y entrevistas para detectar el problema en la salud mental y las experiencias de cada mujer durante estos primeros 6 meses de pandemia.

Capítulo 2. Crisis y gestión de crisis

En el presente capítulo se abordará el estudio de la crisis⁶ y la gestión de crisis⁷, en este sentido la gestión de crisis brinda capacidad para actuar ante las señales que anticipan una situación que llegue a afectar a los ciudadanos. Por esa razón es indispensable tener un plan para administrar la crisis.

En ese mismo contexto se hará un análisis de las estrategias que tomó el Gobierno de México y otros ejemplos relevantes para este estudio desde sus diferentes formas de administración pública. Además de los programas y políticas existentes en la salud mental en México y en la Ciudad de México, para poder percibir si existe un programa o política en torno a la salud mental en el contexto de la pandemia, para darnos cuenta del entorno y la importancia que el Gobierno federal y local colocó a la salud mental.

Ante todo, Drennan et al. (2014) define una crisis como la situación que compromete los valores, dividiendo lo colectivo y con ello debilitando la confianza que se tiene en los Gobiernos. Por otro lado, la Real Academia Española (2022) define a la crisis como un “cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados”.

En este sentido, Shafritz (1993, p. 20) define a una crisis política como la inestabilidad existente en el orden político y en la sociedad de un estado. Por otra parte, desde el punto de vista de Drennan et al. (2014, p. 2) conceptualizan a la crisis como “un conjunto de circunstancias en las que los individuos, las instituciones o sociedades se enfrentan a amenazas que van más allá de las normas del funcionamiento cotidiano, pero la importancia y el impacto de estas circunstancias varían según las percepciones individuales”. Si bien una crisis es la inestabilidad imperante, en la cual el mismo Gobierno tiene la posibilidad de quedar devastado, pues lo coloca bajo la presión de tomar decisiones críticas requeridas para confrontar la dicha crisis, a su vez le permite tomar acciones para solucionarla.

⁶ Es la interrupción de la normalidad que puede que no sea predecible y crea un efecto negativo al entorno (Real Academia Española, 2022).

⁷ Halpern (2010, p. 11) lo define como un plan en el que las organizaciones desarrollan una adecuada respuesta para enfrentar los escenarios complejos y de gran amenaza.

Asimismo, la crisis es una amenaza que pone en incertidumbre y riesgo a una población que exige medidas urgentes. Sin embargo, al llevar a cabo una buena comunicación como estrategia ante el riesgo inminente, se logra desde salvar vidas hasta calmar la ansiedad social suscitada (Drennan et al., 2014). Claramente una crisis es algo que sucederá, pues, son difíciles de controlar y son situaciones que aparecen a medida que se desarrolla y crece la sociedad, de allí que la gestión de crisis de la COVID-19 fuera un antecedente importante para formular estrategias conforme a los objetivos en un ambiente de pandemia, en el cual el Gobierno le proporcione a sus ciudadanos mejores servicios públicos y rentables, puesto que, en los últimos años han surgido crisis que van en intensificación y expansión (Boin, Ekengren, et al., 2021).

Visto de esta forma, la crisis es una combinación inminente de amenazas que crean incertidumbre, pues la crisis perturba las rutinas de decisiones políticas, la implementación y la prestación de servicios públicos. En consecuencia, Woods et al. (2020) añaden que el impacto que generó la pandemia empujó a los países a fijar estrategias, puesto que la crisis en cascada propiciado por la COVID-19 quebranto la sociedad, intensificó los conflictos étnicos, recrudesció la radicalización, que fundó en comprometer la confianza en la ciencia.

Por ese motivo la crisis que forjó el virus SARS-CoV-2 afectó a todos los sectores desde el sanitario, económico, social logrando una crisis pluridimensional que instauró desafíos para el Gobierno, instituciones y diseñadores de políticas públicas y gestión de crisis. De hecho, la pandemia de la COVID-19 ha sido denominada una crisis progresiva, Boin et al. (2021, p. 11), definen a la crisis progresiva de la siguiente forma:

La crisis progresiva es la combinación única de desafíos gerenciales que tiene el poder de confrontar a los formuladores de políticas con un problema complejo que no se puede resolver fácilmente sin la atención sostenida de los políticos. Cuando la atención política alcanza un punto de inflexión que permite una acción concertada y urgente, ya no existe solo un problema complejo que resolver, sino una crisis que gestionar.

En otras palabras, al mencionar una crisis progresiva estamos indicando que es una crisis que se amplía con el tiempo. Lo anterior se puede ilustrar mejor, dado que con la pandemia COVID-19, los problemas salud y salud mental exacerbaron, esto llevó a que los individuos se cuestionaron la forma en que sus representantes toman decisiones en torno a las políticas públicas de salud pública y mental, se vale decir que en ocasiones la misma crisis, engrandece los retos afiliados a la gestión y a las decisiones aceleradas para contrarrestar la crisis.

Por lo que se refiere a la gestión de crisis, cabe destacar que el gobierno puede tener la oportunidad de desarrollar nuevas soluciones, con la intención de corregir el rumbo y erigir nuevos objetivos para promover el bienestar de la ciudadanía. Shrivastava, et al. (como se cita en Boin et al., 2021), aseguran que la gestión de crisis es el método por el que las autoridades gubernamentales enfrentan una situación que produce daño a la sociedad y a sus individuos.

Es cierto que en la gestión de crisis se requiere de la confianza de la población a sus autoridades para poder colaborar mano a mano con las estrategias establecidas. En este sentido, Boin, Mcconnell, et al. (2021) reportan que durante la pandemia de COVID-19 los Gobiernos recibieron críticas constantes respecto a la gestión de crisis, vinculado con la falta de oír por parte de los políticos a los científicos expertos en el tema.

Dentro de esta perspectiva, la crisis del SARS-CoV-2 suscitó un nuevo panorama, al tratarse de una crisis transfronteriza⁸. De acuerdo con Dostal (2020) fue indispensable la cooperación internacional para coordinar estrategias y sobrellevar la amenaza de la pandemia, lo que significó una prueba para el Gobierno y los sistemas que lideran las fronteras.

En el seno de la crisis creciente por la COVID-19, Rubin y de Vries (2020) concuerdan que los formuladores de políticas tuvieron que enfrentarse a la realidad, que los expertos y la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) subestimaron la propagación del virus, así como las restringidas medidas de higiene,

⁸ Por un lado, Blondin y Boin (2020, p. 199) entienden a una crisis transfronteriza como el colapso que no respeta límites jurisdiccionales de un país y que se extiende más allá de la demarcación territorial, culturales e institucionales. Por otro lado, (Drennan et al., 2014, p. 25) lo definen cuando el epicentro es transversal a la sociedad, aunque también hizo que abarque otros epicentros, en particular políticos, institucionales, sociales, tecnológicos y geofísicos. Énfasis también en un alto nivel de complejidad, por ejemplo, pandemias, colapsos económicos. Es decir, se entiende por crisis transfronteriza como esta crisis que cruza fronteras y límites entre los territorios.

distanciamiento físico, aislamiento a personas contagiadas y la localización de contacto. Dadas las medidas planteadas por la OMS, el Gobierno probó todas las medidas, pertinentes o no, con la intención de salvar a los ciudadanos más vulnerables, con economías limitadas, sin pensar en las consecuencias del cierre de la sociedad, la economía y las fronteras. A tal efecto, en relación con la paciencia el temple del Gobierno fue el recurso más importante al diseñar políticas en un período tan corto.

No cabe duda de que las instituciones, las asociaciones y los líderes actuaron bajo una situación de tensión constante, aun así, no estuvieron a la altura de la pandemia, ya que como se planteó con anterioridad, a menudo los gobiernos no diseñaron políticas para los peores panoramas, lo que suscitó que las políticas de muchos países fueran insuficientes. Blondin y Boin, (2020), aseguraron en su propio artículo del año 2021 que la debilidad de los sistemas de gestión fue tal al enfrentar una crisis transfronteriza, que, en lugar de intercambiar la información con otros países, algunos aplicaron la gestión de crisis independientemente.

Desde luego, la crisis de la COVID-19 provocó daños que son de gran interés para politólogos, administradores públicos, estudiantes y académicos de gestión de crisis, dado que permitirá dar pie a nuevas modalidades de gestión y de políticas públicas en situaciones extraordinarias como lo fue la pandemia. En definitiva, esta revisión bibliográfica muestra que una crisis es la situación repentina que pone en riesgo a un país. En el cual los Gobiernos necesitan reaccionar y tomar acciones adecuadas para fortalecer los servicios e instituciones públicas.

Finalmente, la crisis y gestión de crisis de un gobierno son aspectos clave para el bienestar de la sociedad y la estabilidad política. Una crisis puede ser provocada por factores internos o externos, como desastres naturales, conflictos armados, ataques cibernéticos o protestas sociales. La gestión de crisis implica la capacidad de anticipar, prevenir, mitigar y resolver los problemas que surgen en una situación crítica, así como de comunicar eficazmente con los actores involucrados y la opinión pública. Un plan de gestión de crisis debe contener los objetivos, las estrategias, los roles y las responsabilidades de cada entidad que participa en la respuesta a la crisis, así como los protocolos de actuación y los recursos disponibles. Un plan de gestión de crisis debe ser revisado periódicamente y actualizado según las lecciones aprendidas y los cambios en el contexto.

2.1 Experiencias de políticas públicas ante la COVID-19

Como es bien sabido la pandemia de COVID 19 ha supuesto un desafío sin precedentes para los sistemas administrativos de todo el mundo. La respuesta a esta crisis sanitaria ha variado según las características políticas, económicas, sociales y culturales de cada país.

En esta instancia, se tomarán en cuenta algunas perspectivas internacionales de distintos países, entre ellos, Suecia (como una tradición nórdica⁹), Reino Unido (con un modelo administrativo anglosajón¹⁰), España (tradición estatal napoleónica¹¹) y Chile (con una cultura de administración democrática¹²), a partir de las cuales se puede evidenciar la incidencia de las culturas administrativas discrepantes y costumbres gubernamentales en las reacciones ante las crisis como la pandemia de COVID-19.

Se comparan los enfoques adoptados por estos países en cuanto a la prevención contra la COVID 19, así como los resultados obtenidos en términos de incidencia y mortalidad. Se identifican las fortalezas y debilidades de cada modelo y se extraen algunas lecciones aprendidas para mejorar la gestión de futuras crisis sanitarias.

2.1.1 Suecia

En la perspectiva internacional, se puede partir de los hechos ocurridos en Suecia, que junto con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y expertos para asesorar y gestionar el proceso de decisión de respuesta

⁹ El modelo nórdico, también conocido como modelo escandinavo, comprende las políticas económicas y sociales, así como las prácticas culturales, comunes de los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia) (Simon, 2017).

¹⁰ El modelo administrativo anglosajón es el sistema imperante principalmente en Inglaterra y donde no existe un derecho especial que regule las relaciones entre la administración pública y los particulares, sino que estas relaciones son reguladas por el derecho común, es decir, por el derecho civil (Huapaya Tapia, 2010).

¹¹ El gobierno napoleónico se caracterizó por la centralización del poder, la creación de un sistema burocrático eficiente y la promoción de la educación y la cultura (Editorial Grudemi, 2018).

¹² La cultura política democrática es la cultura del ámbito público en una democracia, constituida por una concepción común de la política, un lenguaje político común y unas prácticas políticas comunes; es la dimensión objetiva de la identidad política democrática, un "capital político" de la sociedad (Brugué y Gallego, 2001).

a la pandemia, pues la nación escandinava no consideraron que el nuevo coronavirus podría causar devastación a su propio país, puesto que los protocolos realizados no estuvieron en la medida del peligro del virus, por ejemplo, los contagios que ocasionaron.

Adicionalmente, la reacción que tuvo Suecia ante la crisis sanitaria estuvo influenciada por la cultura administrativa y los estados de tradición sobre la reacción a la crisis que mantiene el país. Conjuntamente Suecia y los Países Bajos poseen un sistema administrativo descentralizado con el fuerte rango de los Gobiernos locales que intercambia con Alemania (Kuhlmann et al., 2021). Esto es, la tradición y la cultura gubernamental de Suecia que facultan a la gestión de toma decisiones ante la crisis, pues los ciudadanos respaldan la toma de decisiones del estado. Por lo tanto, se toman decisiones bajo el cumplimiento de los actores locales enlazadas a la coordinación de otros niveles que muestran elecciones no coherentes.

La actuación del Gobierno de Suecia a inicios de marzo de 2020 fue razón de crítica, debido a que la postura que abordó fue el no imponer el confinamiento obligatorio, sino que fuera parte de la responsabilidad cívica de los ciudadanos. Esto se debe a que su constitución prohíbe limitar el libre movimiento de sus ciudadanos, por esa razón no pudieron declarar ningún estado de emergencia sanitaria que considere esa medida como contención de la crisis (Ludvigsson, 2020). Esto demuestra que Suecia, al ser un país con democracia parlamentaria, tomó decisiones flexibles, orientadas a la confianza en las instituciones.

Pese a que la estrategia de Tegnell infundió confianza en su población, este plan indujo a que Suecia, para el 22 de abril del 2020, se convirtiera en el décimo puesto mundial de muertes por 100,000 habitantes y, para julio de 2022, hubiera acumulado 19,124 decesos, de acuerdo con las estadísticas mundiales (Ritchie et al., 2020). Está claro que Suecia recibió las recomendaciones de un grupo de científicos que aconsejó a los políticos y al Gobierno, el manejo de la crisis.

De cualquier modo, estas recomendaciones no trataron con importancia la virulencia del virus, puesto que plantearon métodos más bien de prevención y no de contención de contagios. Acto seguido, aumentó el número de muertes por COVID-19, por lo que los políticos tomaron las riendas de la situación y prepararon estrategias para contener los contagios y reducir los decesos de su país. Al final, el

plan tomado por Suecia permitió la evaluación para el pertinente manejo de las pandemias (Boin, Ekengren, et al., 2021).

En definitiva, la gestión de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 en Suecia ha sido objeto de debate y controversia tanto a nivel nacional como internacional. El país nórdico optó por una estrategia diferente a la de la mayoría de sus vecinos europeos, basada en la responsabilidad individual y la confianza en las autoridades sanitarias. Suecia no impuso confinamientos estrictos ni obligó al uso de mascarillas, sino que apeló a la conciencia cívica de sus ciudadanos para mantener las medidas de distanciamiento social y evitar las aglomeraciones.

El objetivo fue lograr una inmunidad colectiva que protegiera a los grupos más vulnerables y redujera la presión sobre el sistema sanitario. Sin embargo, los resultados de esta estrategia fueron cuestionados por diversos sectores, que señalaron que Suecia registró una tasa de mortalidad por COVID-19 superior a la de otros países con medidas más restrictivas, y que la inmunidad colectiva no se alcanzó.

Asimismo, se criticó la falta de transparencia y coordinación entre las diferentes instancias gubernamentales y regionales, así como la escasa capacidad de rastreo y testeo de los casos positivos. Por otro lado, los defensores de la estrategia sueca argumentaron que el país logró preservar mejor su economía y su bienestar social, y que evitó los efectos negativos de los confinamientos sobre la salud mental, la educación y los derechos humanos. Además, sostuvo que es necesario evaluar el impacto de la pandemia a largo plazo, y no solo en función del número de muertes o contagios.

2 1.2 Reino Unido

Por otro lado, el Reino Unido representa un modelo administrativo anglosajón., Pese a que no tienen una constitución y se basan más en la jurisprudencia, conservan una tradición de cultura cívica dentro de la que las discrepancias existentes entre el estado y la esfera socioeconómica no son notables (Kuhlmann et al., 2021).

Por ello, el Reino Unido, a inicios de la pandemia en el año 2020, empleó estrategias liberales para la gestión de crisis por la COVID-19. Kuhlmann et al. (2021) señalando que la gestión de crisis estuvo basada en un enfoque centralista de arriba hacia abajo, esto es, del Gobierno británico hacia las autoridades locales, no fomentado por un plan oportuno. Es decir, la resolución de crisis del Gobierno Británico a la COVID-19 no incluyó al parlamento, ni expertos en la toma de decisiones, lo que ocasionó inconformidad de algunos responsables públicos descentralizados.

Por esa razón, el ministro Boris Johnson del Reino Unido presentó fallas en sus estrategias, puesto que no lo consideró un peligro inminente y no se presentó a las primeras reuniones de emergencia Cobra¹³ donde se construyó el plan para enfrentar la pandemia. Entre sus fracasos resaltan el tiempo de reacción al sobrevalorar el riesgo que mostraba el SARS-CoV-2, así como lo hicieron otros países al catalogar el virus como amenaza moderada. Igualmente, el Gobierno del Reino Unido basó su postura en la “inmunidad de rebaño¹⁴” pese a que la comunidad científica y la Organización Mundial de la Salud discrepa de este abordaje¹⁵.

Adicionalmente la falta de equipos de protección y medicamentos fue un impedimento al que tuvieron que hacer frente el personal sanitario y médico (BBC News Mundo, 2020). Finalmente, estas acciones llevaron a decretar —un mes después de iniciado los contagios— la cuarentena, el cierre de negocios y la formulación de mejores estrategias ante la pandemia, las cuales fueron modificadas posteriormente por estrategias de bloqueo.

En suma, la pandemia de COVID-19 ha supuesto un gran desafío para la gestión de crisis en el Reino Unido, que ha sufrido más de 150,000 muertes y una fuerte recesión económica. El gobierno británico ha sido criticado por su respuesta tardía y errática al inicio de la pandemia, cuando se planteó la posibilidad de

¹³ Las reuniones Cobra es la abreviatura de *Cabinet Office Briefing Room* la cual suele ser encabezada por el primer ministro, con la presencia de miembros del gabinete ejecutivo, generales y jefes de inteligencia, se efectúa en momentos de crisis.

¹⁴ La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020c) describe a la inmunidad del rebaño o igualmente conocida como inmunidad poblacional o colectiva “cuando un gran número de personas están protegidas frente a un determinado virus ya sea a través de la vacunación o por la infección que ha llegado a toda la población, que el virus ya no encuentra personas a quienes infectar”.

¹⁵ Esta decisión ocasionó que para julio 2022 tuviera 177,977 muertes por la COVID-19 y ocupará el 7° lugar en defunciones a nivel mundial (Universidad Johns Hopkins, 2022).

alcanzar la inmunidad colectiva a través de la infección, lo que habría costado miles de vidas más. También se le ha acusado de falta de transparencia, coordinación y comunicación con las autoridades sanitarias, científicas y regionales. Sin embargo, el Reino Unido también ha tenido algunos logros destacables, como el exitoso programa de vacunación, que ha inmunizado a más del 80% de la población adulta, el desarrollo de tratamientos efectivos como la dexametasona y el aumento de la capacidad de cuidados intensivos. La gestión de la crisis en el Reino Unido fue, por tanto, una mezcla de aciertos y errores, que deberán ser evaluados y aprendidos para evitar futuros desastres sanitarios.

2.1.3 España

De igual manera, España posee un Gobierno cuasi-federal, en el que sus regiones son autónomas, conocidas como comunidades autónomas, por lo cual disfrutan de un Gobierno y economía independiente del federal. No obstante, desde el año 2002, el Gobierno central es el responsable de regular los derechos a la salud, el financiamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) y las políticas de salud, teniendo como responsable al Ministerio de Salud de la Nación.

Aun cuando en el año 2009 el ministerio de salud preparó planes para responder a la epidemia de influenza H5N1, las comunidades autónomas no conocían ese plan de contingencia. Esto fomenta que a principios de marzo del 2020 el Gobierno central junto con expertos epidemiólogos establecieron el diseño de políticas como respuesta ante la COVID-19. Este plan provocó malestar en las comunidades autónomas de España, por no incluir su perspectiva a la estrategia, lo que ocasionó que se les escuchara (Mattei y Delpino, 2021).

En tal sentido, el protocolo del ministro de salud fue dar apoyo financiero, poner recursos a disposición de las comunidades autónomas y movilizar personal de salud al apoyo de los ciudadanos. Asimismo, realizó compras de material sanitario, principalmente equipos de protección y ventiladores, de manera que, eventualmente, encaró la falta de medios administrativos para garantizar el apoyo a todas las comunidades autónomas, como resultado de la descapitalización del ministerio de salud que inició a mediados del 2002 (Mattei y Delpino, 2021). En

pocas palabras, España basó su gestión de crisis en el multinivel impulsado por la rendición de cuentas.

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un gran desafío para la gestión de la crisis en España, tanto en el ámbito sanitario como en el económico. Desde la declaración del estado de alarma en marzo de 2020, el Gobierno ha adoptado diversas medidas para contener la propagación del virus, proteger la salud de la población y mitigar el impacto en la actividad y el empleo. Entre estas medidas se encuentran las restricciones a la movilidad, el refuerzo del sistema sanitario, el despliegue de los fondos europeos, la ampliación de los ERTE¹⁶ y las ayudas a los sectores más afectados.

Sin embargo, España ha sido uno de los países más golpeados por la pandemia en términos de mortalidad y caída del PIB. Según la OCDE, España es el segundo país con más muertes por millón de habitantes, solo superado por Bélgica, y su contracción económica ha sido la mayor de todas. Además, la pandemia ha agravado los problemas estructurales de España, como la desigualdad, la pobreza, el paro juvenil y la dependencia del turismo.

En consecuencia, España fue uno de los primeros países afectados por la pandemia, por ende, no tuvo el beneficio de otros países en el aprendizaje de las políticas y estrategias de crisis. Dicha cuestión determinó que el Gobierno español utilizara las estrategias y políticas existentes en el sistema de salud pública, por lo tanto, hubo un número elevado de muertos —74,064 para el periodo marzo 2021 según los datos del Departamento de Seguridad Nacional (DSN, 2021) —. Por lo tanto, para julio del 2022 España ocupó el 17^o país con más defunciones por la COVID-19, con un total de 108,730 muertos¹⁷.

Dados los errores en los planes de gestión de crisis y las polémicas suscitadas, se debe de tomar en cuenta el impacto que provoca una situación como fue la pandemia de la COVID-19. Igualmente, es crucial tomar en consideración que la cultura política y la tradición administrativa de un país influye en la confianza de sus ciudadanos durante la toma de decisiones por parte del Gobierno con relación a la gestión de crisis.

¹⁶El Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) es un procedimiento administrativo por el que el empresario puede suspender o reducir el contrato de trabajo de sus trabajadores de forma temporal (Roqueta, 2021).

¹⁷ De acuerdo con los datos recolectados por el Equipo Visual y de Periodismo de Datos de la BBC (2022) y el Departamento de Seguridad Nacional (DSN, 2022).

A modo de conclusión, la evolución de la pandemia en España ha sido irregular, con varias olas de contagios y diferentes respuestas por parte de las comunidades autónomas. El proceso de vacunación fue un avance esperanzador, pero también ha planteado retos logísticos y éticos. La gestión de la crisis en España generó un intenso debate político y social sobre el equilibrio entre la protección de la salud y la reactivación económica.

2.1.4 Chile

Se analizó la situación de Chile en el marco de la pandemia de COVID-19, que llegó a este país el 3 de marzo del 2020, en medio de una crisis social y política que había estallado en octubre del 2019. La combinación de estos dos factores generó un escenario difícil para el manejo de la emergencia sanitaria por parte del Gobierno de Piñera, que enfrentaba una baja credibilidad y legitimidad entre la ciudadanía. Se examinaron los desafíos y las respuestas que se dieron en este contexto.

Este estallido social y político dio inicio el 18 de octubre del 2019 por aspectos como la constitución de 1980, establecida en la dictadura de Pinochet. Esta cuestión ha sido el punto central de este descontento pues ha impedido la transformación social, al promover el modelo neoliberal (Heiss, 2020). Por tanto, la COVID-19 mostró la desigualdad que se vive al privatizar la salud, por un lado, estuvieron quienes pudieron solventar una asistencia médica privada y, por el otro, quienes debieron recurrir a las clínicas públicas olvidadas con escasez de insumos y poco personal sanitario. A raíz de eso, Heiss (2020, p. 1) asevera que:

La Carta Fundamental Chilena garantiza que las personas puedan elegir entre la provisión pública y privada de servicios sociales en áreas como salud, educación y pensiones, impidiendo el componente solidario que las convierte en derechos sociales y lo que ha generado una segmentación extrema según la capacidad de pago. Cuando se han sugerido medidas mínimamente redistributivas entre estos dos sistemas, el Tribunal Constitucional indefectiblemente las ha vetado.

Es posible que las estrategias ante el estado de emergencia sanitaria hayan conllevado que militares cuidarán las calles y se declarará en los primeros días un toque de queda nocturno. En función de lo cual, para el periodo del 16 de marzo del 2022, el presidente Piñera, junto con el ministro de salud Mañalich, anunció el ingreso de Chile a la fase 4 de la pandemia.

Por lo tanto, hubo cierre de fronteras, suspensión de actividades y clases, cuarentena obligatoria para las personas contagiadas, reducción del número de personas en actividades públicas y la sanitización del transporte. Posterior a esto, se dictaminó el Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe (Heiss, 2020). De acuerdo con los datos, estas medidas preventivas colocaron a Chile como uno de los países de Latinoamérica con un escaso número de contagios y un bajo número de fallecimientos, de modo que la letalidad del virus se redujo a 0.5%.

Básicamente, la aplicación pública de 3,000 pruebas al día—a pesar de la privatización de los servicios de salud—, actuó de modo eficiente. Aun cuando no es posible prever cómo va a evolucionar la situación cuando los casos se expandan entre grupos más vulnerables de la población —es algo que hay que considerar en las pruebas a realizar— (Heiss, 2020, p. 4).

En resumen, el modo de manejar la crisis por la pandemia permitió, conforme a los datos del Ministerio de Salud de Chile (2022), que dicho país ocupara para julio del 2022 el lugar 29 en contagios por COVID-19 y el número 22 en defunciones, con un total de 4,030,267 de personas contagiadas y 58,617 defunciones a nivel mundial (Ritchie et al., 2020; Universidad Johns Hopkins, 2022). Así pues, Chile se convirtió en uno de los pocos países de Latinoamérica¹⁸ con mejor gestión de la pandemia por el momento.

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un gran desafío para la gestión de crisis en Chile, un país que ya se encontraba en una situación de convulsión social y política. El gobierno chileno ha adoptado una serie de medidas sanitarias, económicas y sociales para contener la propagación del virus y mitigar sus efectos en la población, especialmente en los sectores más vulnerables. Sin embargo, estas medidas han enfrentado dificultades en su implementación y han generado críticas y protestas por parte de diversos actores sociales.

¹⁸ Para julio 2022 Chile ocupó el 6° lugar en muertes y el 5° lugar en casos acumulados por COVID-19 en América Latina y el Caribe, (Equipo Visual y de Periodismo de Datos BBC, 2022; Universidad Johns Hopkins, 2022).

La crisis evidenció las profundas desigualdades que persisten en el país y la falta de confianza en las instituciones democráticas. La recuperación de Chile ha dependido de la capacidad de diálogo y consenso entre las fuerzas políticas y la sociedad civil, así como de la eficacia de la vacunación y el apoyo internacional. En mi opinión me reservo a que lo comentado aquí sea real, pues un país con crisis social aunado a la crisis por la pandemia no creo que tenga la capacidad para manejar la pandemia de modo óptimo.

2.2 Experiencias de políticas públicas ante la COVID-19 en México

En lo que respecta a México, este tuvo la probabilidad de plantear políticas y estrategias en la gestión de crisis por la pandemia, puesto que en los últimos años presencié pandemias como el SIDA, SARS y la influenza (conocida también como gripe mexicana). El Gobierno pudo adoptar planes y procedimientos como fue en el ámbito europeo quienes crearon instituciones como el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

Asimismo, Méndez (2021) afirma que el sistema de salud en México ha presentado crisis que no han sido adecuadamente gestionadas, como la escasez de médicos y especialistas, el rezago de hospitales, la construcción de clínicas lejos de las poblaciones vulnerables, los centros de salud y clínicas abandonadas o en algunos casos a medio construir.

Por otra parte, el excluir las 33,431 personas que no cuentan con un seguro de salud público o privado^{19,20}, la eliminación del seguro popular y la formación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en medio de la pandemia, encaminó que durante la crisis del virus SARS-CoV-2, el sistema hospitalario se viera comprometido lo que aumentó el riesgo en la población vulnerable. Este aumento de muertes y contagio forzó a los Gobiernos y los Gobiernos Estatales a fijar medidas para sobrevivir a la crisis sanitaria.

¹⁹De acuerdo con la OCDE (2021) esta población que no tiene acceso a la atención médica, además del restringido presupuesto y los servicios públicos crean que los costos de los bolsillos en salud sean altos.

²⁰ Datos sacados del reporte de *Panorama sociodemográfico de México* del INEGI (2020c)

En el año 2020, el presupuesto de salud per cápita tuvo una pérdida del 26.4%, en comparación con el 2015 —cuando alcanzó su máximo—. Asimismo, estuvo el recorte del presupuesto a las unidades de vigilancia epidemiológica. También, el presupuesto destinado a la salud estuvo encaminado al equivalente de 2.67 puntos del producto interno bruto (PIB), puesto que la Organización Mundial de la Salud aconseja invertir 6 puntos del PIB a la salud. Por consiguiente, el deficiente financiamiento repercute en la escasez de medicamentos y tratamientos.

Estos recortes a los gastos en salud afectaron principalmente durante la pandemia en mayor proporción a las personas de bajos recursos, al igual que la escasez de personal sanitario lo que restringe la calidad de la respuesta ante esta emergencia sanitaria. Además, al inicio de la pandemia el gobierno comenzó con la reorganización del sistema nacional de salud, pues transformaron el Seguro Popular —desarticularon y centralizaron los servicios, así como los recursos destinados a la salud—. Por otra parte, la reestructuración del sistema de contratación pública creó escasez de medicamentos, lo que incrementó el conflicto entre los gobiernos de oposición estatales con el federal durante la COVID-19²¹ (Sánchez-Talanquer et al., 2021).

Este deterioro institucional en el sistema de salud mexicano y las crisis ocasionadas por las medidas aplicadas por el Gobierno provocaron mayor vulnerabilidad a la población durante la pandemia, de ahí que, las decisiones tomadas por la gestión del estado afectaron la evolución del virus y el impacto social, político y económico en las distintas urbes demográficas, esto explicaría el efecto y el cómo vivió una urbe rural y una urbana la COVID-19.

De cualquier modo, México se ha sometido a crisis que han sido resultado de factores como la pandemia, tal es el caso de la crisis sanitaria como se indicó anteriormente, la crisis económica²² y finalmente la crisis comunicacional ²³. La gestión de crisis y la capacidad del Gobierno debieron comunicar claramente a la

²¹ La sociedad de salud en México no fue llamada a trabajar en conjunto con el gobierno hacia un objetivo en común, sino que se diseminó en un clima político.

²² Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020c), durante este periodo hubo una caída del Producto Interno Bruto hasta un 17.1%.

²³ La buena comunicación también es un componente de la buena gobernanza, y resulta esencial en una crisis. Las personas sólo responderán a las ordenanzas de salud pública si éstas les generan confianza y brindan información sólida basada en evidencia científica. Además, los ciudadanos tienen “derecho a ser informados verazmente por las autoridades sobre la magnitud de la amenaza y las mejores formas de protegerse de ella” (Sánchez-Talanquer et al., 2021).

sociedad la evolución de la pandemia —ya que esta se convirtió en un pilar para el control de la emergencia sanitaria para otros países—.

Merece la pena subrayar que desde mi perspectiva el Gobierno de México²⁴ mostró una falta de comunicación y de gestión de crisis, lo que expuso la controversia y la ineficacia de autoridades a las medidas impuestas y que el propio gobierno no implementó. De ahí que, para julio del 2022, México representó el quinto lugar en defunciones a nivel mundial con 325,793 fallecidos y 6,093,835 contagios acumulados (CONACYT, 2022; Universidad Johns Hopkins, 2022).

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un gran desafío para la gestión de crisis en México. El país ha sufrido un fuerte impacto económico, social y sanitario por la emergencia sanitaria, que ha revelado y agravado las desigualdades internas y entre países. Según el académico Raúl Rojas, de la Universidad Libre de Berlín, el número real de defunciones por COVID-19 en México ronda el medio millón, muy por encima de las cifras oficiales (Camhaji, 2021).

A modo de conclusión, la crisis también generó una mayor pobreza, desempleo y precariedad laboral, especialmente entre los grupos más vulnerables, como los jóvenes, las mujeres, los trabajadores informales y los trabajadores independientes. Ante este escenario, algunos expertos han propuesto la necesidad de un gobierno de coalición que convoque a todos los partidos políticos y sectores empresariales para enfrentar la recuperación. México también ha insistido en el envasado de vacunas contra la COVID-19 en su territorio, pese a las demoras en la producción, como una forma de garantizar el acceso a la inmunización.

2.3 Contexto de la salud pública y mental previo a la pandemia en México

Como punto de partida este apartado se averiguará el contexto de la salud pública en México antes de la pandemia para configurar el escenario en el que se

²⁴ Desde el punto de vista de Sánchez-Talanquer et al. (2021, p. 57) el enfoque de gestión de crisis de México se enfocó en una autoridad excesiva sobre la respuesta de salud pública y la comunicación política la cual fue únicamente de parte del gobierno federal el cual carecía de autosuficiencia. Posiblemente esto desencadenó una coordinación victimizante ante la ausencia de la interpretación entre autoridades nacionales y algunos gobiernos subnacionales acerca de la gravedad de la amenaza y las acciones necesarias.

encontraba la salud pública en el país. A inicios del 2018 Andrés Manuel López Obrador (AMLO) tomó la presidencia de México, junto con el secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela, quienes comentaron al inicio de su gubernatura que existían irregularidades en el sector salud por falta de abastos de medicamentos, hospitales abandonados y el aumento de personas por problemas en los servicios de salud (T. Rojas, 2022).

De mismo modo, la falta de especialistas y de médicos en los servicios de salud pública, gesto durante la pandemia una crisis en la salud pública, en otras palabras, el Sistema Nacional de Información en Salud (2018) informó que en el 2018 el sistema de salud pública contaba con 69,896 médicos generales y familiares, y con 94,603 médicos especialistas. Por el contrario, en el año 2020 este número no incrementó, sino que hubo un déficit de 200 mil médicos generales y de 70 mil especialistas (Méndez Méndez, 2020).

De igual manera en muchos de los hospitales en diversos estados de la República Mexicana han quedado inconclusos, lo que ha creado grandes elefantes blanco²⁵. Como comentó el presidente Andrés Manuel “el sector salud es el que registra la mayor cantidad de obras inconclusas, con 250 unidades médicas, incluidos 57 hospitales, que están en el abandono o no cuentan con equipo necesario” (Poder ejecutivo, 2019). Tal es el caso del hospital de especialidad de Tlalnepantla en el Estado de México que inició la construcción en el 2014 y hasta la fecha —año 2022— sigue en obra negra.

Es esa misma línea, la decisión de compras irregulares de parte del gobierno ha traído el desabasto en el tratamiento de enfermedades como el VIH y el cáncer, por lo cual el presupuesto destinado para la compra de estos productos en el 2020 fue de 70,000 millones de pesos anuales (Méndez Méndez, 2020).

Pero ¿cómo fue que incrementó esta crisis en el sistema de salud de México? la posible respuesta a esta interrogante es que de acuerdo Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2022) en América latina, México ocupan uno de los últimos lugares en el presupuesto destinado a la salud, puesto que solo destina el 2.8% del PIB a este sector, ubicándose por debajo de Colombia (5.3%), Chile (5.2%) y Brasil (4.0%).

²⁵ Un elefante blanco es una obra de infraestructura con algunas de estas tres características: implica mayores costos que beneficios sociales, se encuentra inconclusa o subutilizada y no resuelve el problema público para el que fue creado (Franco Corzo, 2021).

Al mismo tiempo, la OCDE (2019, p. 1) añade que:

El gasto sanitario en México representa el 5,5% del PIB, que se encuentra entre los más bajos de los países que conforman la OCDE. La cobertura de seguro de salud para las poblaciones vulnerables ha mejorado, pero persisten las brechas. La cobertura de un conjunto básico de servicios de salud en México es la más baja en la OCDE con 89,3%. Los gastos de bolsillo siguen siendo altos, con un 41% del gasto total en salud.

Durante el año 2020 se registraron 1,086,094 muertes de mexicanos de los cuales 58% fueron hombres y 41.1% fueron mujeres (INEGI, 2020a), es decir que hubo un excedente de 338,959 defunciones más que del 2019 (INEGI, 2019). Este aumento de defunciones fue por tres principales problemas de salud en México, los cuales son:

- Enfermedades al corazón provocó el 20% de muertes.
- El virus SARS-CoV-2 causó el 18.5% de defunciones.
- Muertes por diabetes el 13.9%.

Se vale decir que las defunciones en México son consecuencias de la falta de asistencia médica y no exclusivamente por la aparición de la COVID-19.

En el año 2021 se registraron 1,117,167 defunciones (INEGI, 2021b), a pesar de que las muertes por la COVID-19 siguieron ocurriendo, esta disminución fue poco significativa en comparación con los años 2019 y 2020. Esto evidencia el deterioro en la atención sanitaria, por la reducción en los servicios y el desabasto de medicamentos —ya que la asistencia médica disminuyó y los pacientes aumentaron por la COVID-19—.

Entre los servicios de atención sanitaria pública que se encuentran en crisis está el IMSS, este ocupa el primer lugar en desabastos de medicamentos, puesto que es la institución con más recetas sin surtir debido a la escasez de medicamentos y falta de atención médica (Nexos, 2020). Entre los principales medicamentos sin surtir se encuentran los tratamientos de cáncer, diabetes, hipertensión y salud mental (Nexos, 2020). Estas enfermedades afectan a millones

de personas en el país, quienes requieren una atención médica continua y adecuada.

No obstante, la escasez de fármacos ha provocado que muchos pacientes no puedan acceder a sus terapias, tratamientos y tengan que recurrir al mercado negro, con el riesgo de adquirir productos falsificados o de mala calidad. Esta situación pone en peligro la vida y la salud de los enfermos, así como el derecho a la protección social que les corresponde. Es urgente que las autoridades sanitarias garanticen el abastecimiento de medicamentos esenciales, la atención médica y especializada en situaciones de crisis como lo fue la pandemia.

Con todo esto se infiere que el sistema de salud mexicano se encuentra en crisis, puesto que las instituciones de salud muestran deficiencias y limitaciones, hay que recalcar que las políticas de salud no han resuelto las carencias en el sistema de salud, sino que las ha multiplicado.

Entre estas medidas están, por un lado, la eliminación del Seguro Popular y la unificación de los recursos en el INSABI. Por otro lado, el fracaso en la compra de medicamentos y recursos y, por último, la discrepancia en la vacunación contra la COVID-19 y la falta de vacunas (T. Rojas, 2022).

El tema de la salud universal en México ha estado presente en la agenda nacional desde hace 20 años. El Plan Nacional de Salud 2001-2006: *la democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud* comenta la importancia de un Sistema de Salud que satisfaga las necesidades de sus ciudadanos y proporcione protección financiera (SSa, 2001).

Al analizar la Cobertura Universal de la Salud (CUS) en México, se debe considerar sus tres componentes: la afiliación, servicios y gasto (CIEP, 2018). A pesar de que la afiliación en México durante el periodo 2010 al 2020 incrementó de 64.6% a 73.5 % (INEGI, 2021a), aún queda mucho camino por recorrer.

Ilustración 1 Afiliación a Servicios de Salud en México 2020



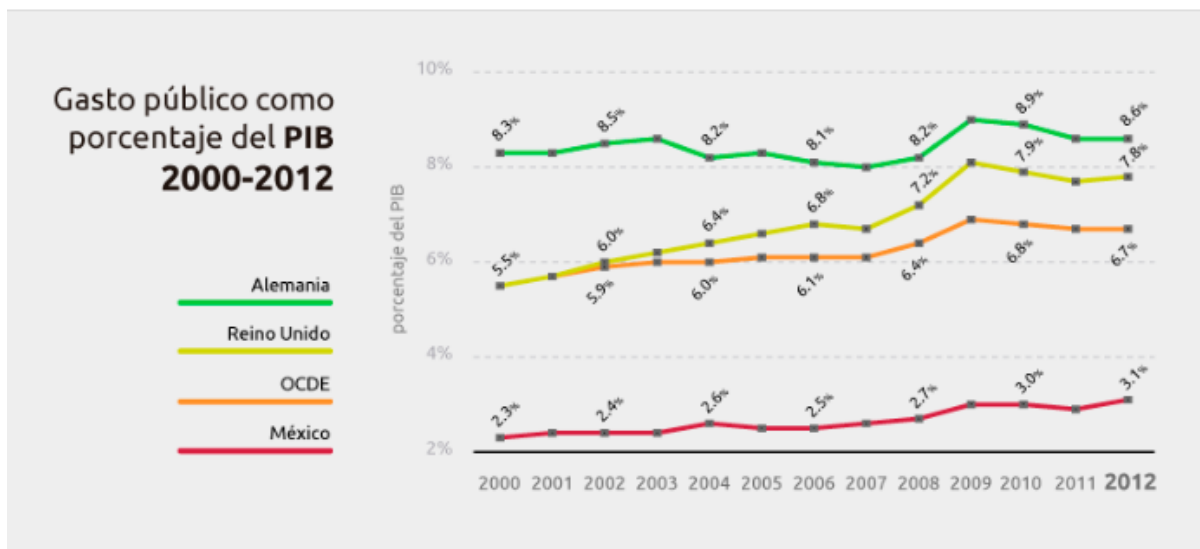
Nota. Ilustración tomada del Panorama sociodemográfico de México 2020 (p.6), por INEGI, 2020.

Los servicios tienen la finalidad de proporcionar y cubrir los paquetes de servicios de salud que la población demande por la situación demográfica nacional (OMS, 2018). El ISSSTE e IMSS cubrieron 8,000 intervenciones cada uno en el año 2019 (CNPSS, 2010). También el Seguro Popular —ahora INSABI— aumentó sus intervenciones de los años 2010 al 2019 de 1,407 a 1,807 intervenciones (CNPSS, 2010).

Sin embargo, a pesar del incremento de afiliaciones y de intervenciones de parte de los servicios de salud públicos aún se observa la desigualdad del sistema de salud en cuanto a la capacidad física y de recursos de cada institución, —además habría que estudiarse la calidad de los servicios—.

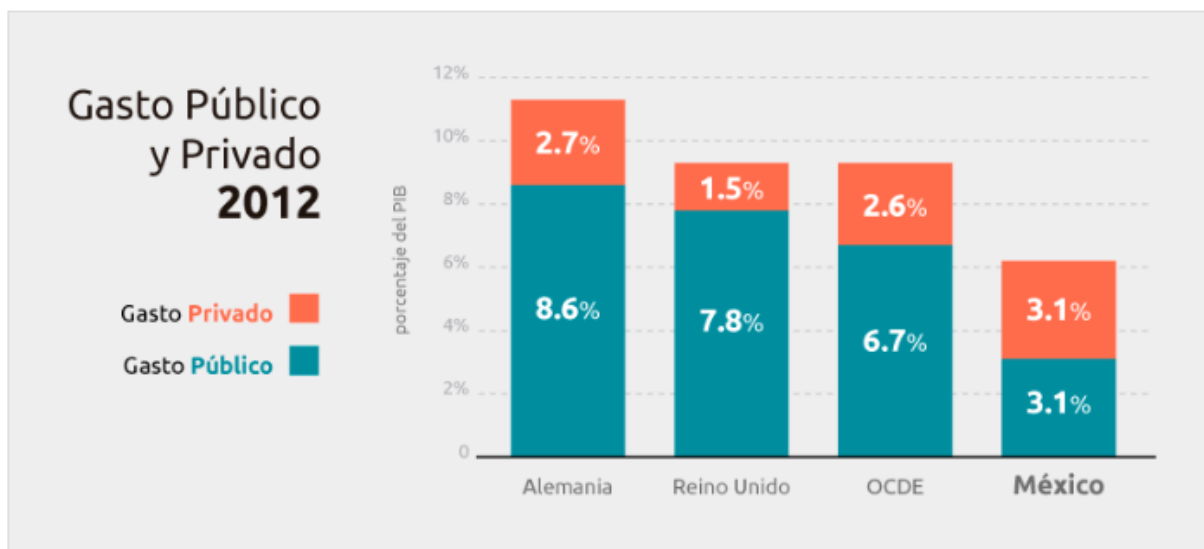
De acuerdo con la OMS y BM (2015) la recomendación internacional del presupuesto destinado al sistema de salud se basa en una composición del 80% al gasto público y un 20% del gasto privado —es decir del bolsillo de los pacientes—. No obstante, la situación en México ha estado fuera de esos parámetros como se observa en la ilustración 2 y 3.

Ilustración 2 Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2000-2012 comparación con otros países.



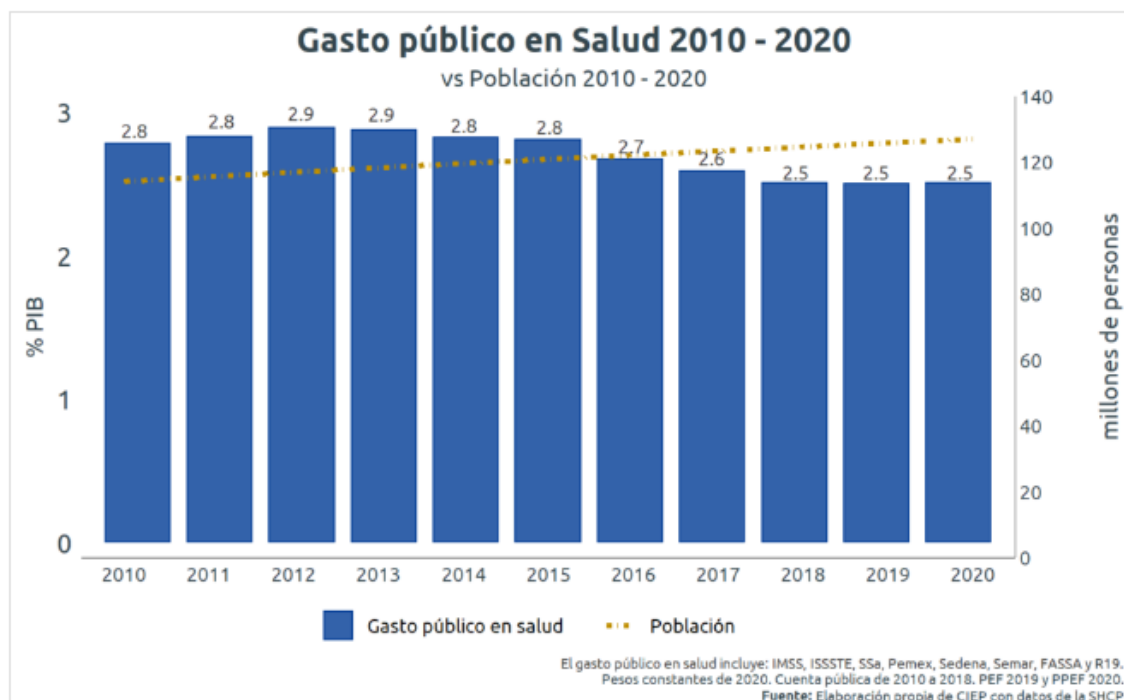
Fuente: Méndez Méndez (2020)

Ilustración 3 Gasto público y privado 2012.



Fuente: Méndez Méndez (2020)

Ilustración 4 Gasto público del sistema de salud del 2010 al 2020



Fuente: Méndez Méndez (2020)

Como se puede observar en la ilustración 4, el financiamiento del gasto público en el sistema de salud se ha reducido con el tiempo, al mismo tiempo la OMS recomienda destinar entre el 6% y 8% del PIB al gasto público en salud (Ochoa Moreno, 2018). México en el periodo 2012-2013 tuvo el máximo puntaje con 2.9 PIB, de allí la situación vino en declive, dado que del periodo 2019 y 2020, cuando surgió la COVID-19, el PIB de la salud pública se encontraba en 2.5% —en otras palabras, México no ha superado ni el 3% del PIB en salud—.

Al comparar el porcentaje que destina países como Alemania, el Reino Unido y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) al gasto público y al privado, se encuentra que estos países destinan el 80% para gasto público y el 20% para el gasto privado en la salud (Lomelí Vanegas, 2020). Es decir, que el sistema de salud en México se encontraba en una brecha financiera cuando sucedió la pandemia COVID-19 Secretaría de Salud (2018).

Otro punto importante por discutir en esta investigación es el gasto de salud en la Ciudad de México el cual como se observa en la tabla 1, en el año 2019 no hubo ningún aumento a dicho presupuesto.

Tabla 1 Gasto público en salud de la Ciudad de México

Año	Precios corrientes	Precios constantes	Tasa de Crecimiento
2006	55,285	73,870	0
2007	65,662	84,556	14
2008	65,824	79,568	-6
2009	75,816	88,488	11
2010	83,932	93,831	6
2011	84,781	91,294	-3
2012	101,363	105,387	15
2013	99,900	99,900	-5
2014	84,374	81,067	-19
2015	94,094	88,520	9
2016	95,984	87,363	-1
2017	99,138	84,512	-3
2018	104,990	85,178	1
2019	107,977	85,122	0

Nota. Fuente Secretaría de Salud (2018).

De modo similar el Congreso de la Ciudad de México (2021) plantea aprobar una ley de salud en la CDMX que garantice de servicio médico gratuito y universal, por lo que fue necesario revocar la *Ley de Salud del Distrito Federal* y expedir la *Ley de salud de la Ciudad de México*. Entre las aportaciones que esta nueva ley se propone que la CDMX tenga su propio sistema de vigilancia epidemiológica, un laboratorio de salud pública, asegurar el suministro de medicamentos y un modelo llamado “Salud en tu vida”.

La presidenta de la Comisión de Salud comentó que:

La Ciudad de México será la primera entidad en tomar cartas en el asunto respecto a la protección de las personas ante emergencias sanitarias, y será la primera de muchas otras que adecuará su sistema de salud para cumplir con los objetivos del Instituto de Salud para el Bienestar”, Igualmente, “Esta nueva ley sienta las bases para una transformación de los servicios de salud. Su finalidad será que toda persona cuente con un sistema que garantice el acceso al servicio de

manera gratuita, universal, equitativa y con perspectiva de género (Paz Reyes, Congreso de la Ciudad de México, 29 de abril del 2021).

Todo esto quiere decir que México no cuenta con la universalidad en los servicios de salud. Además, la pandemia de la COVID-19 puso en relieve las carencias y los retos que existen en el sistema de salud, lo que ha provocado costos económicos y sociales.

Estos retos que enfrenta el sistema de salud en México no son únicamente a causa de la pandemia, sino a los retrasos de los años anteriores por la poca importancia dada al presupuesto, al gasto público y al gasto privado del sistema de salud. A inicios de la pandemia las instituciones de salud cambiaron sus prioridades, se dio prioridad al diagnóstico y atención de los pacientes COVID-19, debido a la desigualdad en los sistemas de salud, la falta de personal e insumos. Esto provocó que se desatendieran otras enfermedades como lo son la hipertensión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En conclusión, la salud pública previo a la pandemia de la COVID-19 en México presentaba grandes desafíos y limitaciones, como la falta de recursos, infraestructura, personal y cobertura. Estos factores dificultaron el acceso a los servicios de salud de calidad para una gran parte de la población, especialmente la más vulnerable y marginada. La llegada de la pandemia agravó aún más esta situación, al generar una mayor demanda y presión sobre el sistema sanitario, que no estaba preparado para enfrentar una emergencia de tal magnitud. Por ello, es necesario que el gobierno y la sociedad civil trabajen conjuntamente para fortalecer la salud pública en México, tanto para responder a la crisis actual como para prevenir y mitigar futuros riesgos.

2.3.1 Gestión de salud pública y mental durante la pandemia

En relación con las enfermedades infecciosas, estas pueden propagarse enseguida al no tomar las medidas pertinentes. Respecto al COVID-19, al ser una pandemia transfronteriza, la reacción debió ser cooperativa, precisa y veloz. Por tanto, la pandemia es la mayor crisis de salud pública que el mundo enfrentó. De igual

manera, las organizaciones internacionales como TLCAN, OEA y CARICOM durante la gestión de crisis de salud deben cerciorar la coordinación de respuesta de cada país ante el evento. Tomando en cuenta la estructura social, la capacidad sanitaria y la epidemiología de cada zona o país (OMS, 2022a).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) abogaron por que cada país cumpliera ciertos aspectos para enfrentar la crisis sanitaria pública (la difusión de medicación, abastecimientos esenciales, reforzar la capacidad de personal de salud para brindar apoyo psicosocial y emocional, y la mejora de accesibilidad al agua), sin embargo, ni la OMS ni la OPS cuentan con un marco legal o económico para exigir que los países cumplieran con sus sugerencias (Sánchez-Talanquer et al., 2021). Dando lugar a 550,047,165 de contagios a nivel global y de 6,340,166 defunciones en todo el mundo para el periodo julio de 2022 (Ritchie et al., 2020; Universidad Johns Hopkins, 2022). Por ende, se ha llegado a glosar que la pandemia elevó una serie de crisis existente, lo que creó una crisis en cascadas.

Es notable que los sistemas de salud de México y del mundo adolecen de financiamiento suficiente para poder sobrellevar eficientemente la pandemia. Por ejemplo, la OPS y la OMS plantean que se debe destinar entre el 6% y el 8% del PIB al gasto en salud pública con el fin de construir laboratorios, contratar especialistas de alto nivel —que durante la pandemia fue uno de los fracasos de algunos países— (OPS/CEPAL, 2020). En México, se destina apenas el 3.2% del PIB (Producto Interno Bruto) al gasto en salud pública, a pesar del aumento del año 2021, este aún tiene una brecha presupuestal de más de tres puntos del PIB. Por su parte la OMS sugiere que se le destine por lo menos 6 puntos del PIB (CIEP, 2020).

En un estudio del Instituto de Ciencias de la Salud Global (Sánchez-Talanquer et al., 2021) se hizo hincapié que los estragos emocionales entre los ciudadanos y los profesionales de salud fueron terribles. Por el pobre servicio de salud pública en la administración de la pandemia, a causa de la incapacidad de los Gobiernos para concertar la implementación de políticas contundentes para contener la propagación del virus, lo que llevó al colapso de hospitales.

Es notable que la pandemia del virus SARS-CoV-2 generó aprendizajes en cuanto la gestión de crisis, los cuáles deberían ser las bases para políticas con el

fin de administrar óptimamente crisis futuras —principalmente enfocadas a mejorar la salud pública con el fin de aumentar el contrato de personal especializado, tratamientos y equipamiento—.

Se debe agregar que en México el sistema de salud está segmentado, pues la pandemia intensificó la desigualdad social, económica, laboral y de género. Con el fin de argumentar lo mencionado, en una investigación de Hernández Bringas (2020, p. 3) declara “la existencia selectiva de mortalidad por condiciones demográficas y socioeconómicas”, pues el 71% de los muertos por COVID-19 tiene una escolaridad de primaria o inferior, en la cual la mitad de las defunciones ocurrieron en unidades médicas públicas adscritas a la secretaría de salud.

Asimismo, el estudio del Instituto de Ciencias de la Salud Global de Sánchez-Talanquer et al (2021, p. 27) afirma de acuerdo con los datos del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos “el 20% de los pacientes con COVID-19 hospitalizados en el sector privado han muerto, una porción pequeña en comparación con los del sistema de salud pública”. Esto quiere decir que los fallecimientos estuvieron relacionados con la clase económica y al sistema de salud al que acudieron.

Cabe señalar que, según los datos del INEGI (2020e) la población de la Ciudad de México (CDMX) sin afiliación a los servicios de salud fue de 27.2% y la afiliada fue de 72.6%. De los cuales el 16.9% de personas estaban inscritas al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el 58% al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Lo que quiere decir que 2.5 millones de personas en la CDMX no tienen acceso a un sistema de salud²⁶.

Al ocurrir la pandemia, se exacerbaron los problemas de salud mental²⁷, de manera que la OMS, OPS y la PAHO pidieron a los gobiernos implementar estrategias y políticas en torno a la salud mental de la población. Debido a que esta no es la única, ni la última epidemia y/o pandemia que sucederá, pero sí será un

²⁶ Esta disparidad resaltó durante la pandemia —puesto que el 6.6% de habitantes en la CDMX tienen algún servicio de salud privado, asimismo, creó un aumento en el gasto de salud en México.

²⁷ Como se ha previsto la pandemia suscitó en la sociedad una situación de estrés constante, que, aunado al aislamiento, las medidas de contención, la implementación de estrategias por parte del Gobierno y específicamente el miedo a contraer el virus y fallecer, acentuó en su mayoría de los individuos problemas psicológicos. Este conjunto de sucesos generó problemas de salud mental en la sociedad que actualmente son percibidos.

precedente que servirá para instaurar estrategias en la forma de actuar cuando esto vuelva a suceder (Noticias ONU, 2021).

Por supuesto que al hablar de crisis de la salud mental tenemos que mencionar la vulnerabilidad existente en algunos estratos sociales, en el cual las políticas en ocasiones no son adaptadas para las necesidades específicas de las zonas y poblaciones marginadas. A decir verdad, la crisis presente de la salud mental tuvo su periodo de incubación, que al no tomarse en cuenta e intervenir escalonó a un punto de inflexión.

Baumgartner y Jones (citado por Boin, Mcconnell, et al., 2021) indican que uno de los componentes importantes de toda crisis, en especial la crisis de salud mental es incorporar este problema a la agenda política, pues en ocasiones no suele tomarse en cuenta. En atención a esto, los politólogos se han preguntado cómo es que los ciudadanos y políticos consideran problemática alguna situación social para llegar a etiquetarla como crisis o amenaza, pues ignoran otras situaciones que en ocasiones generan mayor impacto y daño, cuestión que deja ver que la agenda es limitada.

En tal condición, de acuerdo con Medina-Mora (2019), añade que la salud mental está vinculada a elementos como el progreso, la justicia, la promoción de la seguridad en las comunidades, la pobreza y la inequidad, ya que, al haber algún problema o alguna crisis en algunos de estos elementos, se propicia un colapso en la salud mental.

Los recursos para la salud mental son muy desiguales en el mundo. Según Restall (2015), los países ricos o desarrollados cuentan con un 30 % más de atención a la salud mental que los países pobres o en desarrollo, donde hay una gran escasez de recursos y una baja disponibilidad de psiquiatras. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) recomienda que haya al menos un psiquiatra por cada 10,000 habitantes, pero en los países pobres o en desarrollo esta cifra es casi 5 veces menor.

La gestión de crisis de salud pública y mental en México es un tema de gran relevancia, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19. La salud mental es una de las áreas más desatendidas de la salud pública, y se estima que cerca de 1,000 millones de personas en el mundo viven con algún trastorno mental. En México, el sistema de atención de salud mental es subdesarrollado y

subfinanciado, ya que muchas personas no tienen acceso a servicios de calidad ni a tratamientos adecuados.

Ante esta situación, se requiere una acción urgente a favor de la salud mental, tanto a nivel individual como colectivo. La Organización Mundial de la Salud ha lanzado una campaña titulada “Acción a favor de la salud mental: invirtamos en ella”²⁸, con el objetivo de impulsar la acción pública y aumentar la inversión en salud mental (OMS, 2020b). También se puede contribuir a reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas con problemas de salud mental, promoviendo una cultura de respeto y solidaridad.

La gestión de crisis de salud pública y mental en México es un desafío que requiere la participación activa y comprometida de todos los sectores de la sociedad. Solo así se podrá garantizar el derecho a la salud mental y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta problemática.

En síntesis, la pandemia puso un peso al sistema de salud —además de económico, social y político—, y en la gestión de crisis en situaciones de emergencia, agudizó las desigualdades sociales e impactó a las clases medias y bajas. En otras palabras, la población que más fue vulnerada fueron las familias que vivieron en condiciones precarias, sujetos sin seguro médico, desempleados, niños o niñas y mujeres. Es importante comentar que el manejo de una crisis implica que los líderes políticos tomen decisiones y saquen a la luz las fortalezas gubernamentales, de las organizaciones y de la ciudadanía.

2.4 Políticas públicas y análisis gubernamental de la salud mental

Para comenzar, las políticas públicas han sido una parte importante de la ciencia política, puesto que permite conocer las estructuras del Gobierno e instituciones, los procesos y comportamientos políticos que cada nación posee. Por su parte,

²⁸ “La campaña ofrece oportunidades, principalmente en línea dada la persistencia de la pandemia, para que todos hagamos algo a favor de la vida: a nivel individual, tomar medidas concretas a favor de nuestra propia salud mental y apoyar a los amigos y familiares que estén afectados por un trastorno de este tipo; como empleadores, adoptar medidas para establecer programas de bienestar de los empleados; a nivel gubernamental, comprometerse a establecer o ampliar los servicios de salud mental; y como periodistas, explicar qué más puede y debe hacerse para que la atención de la salud mental sea una realidad para todos” (OMS, 2020b).

Lasswell y Lerner (1951) desde sus enfoques de "*Policy Sciences*", declararon que las políticas públicas proporcionan soluciones idóneas a un problema público, por medio del análisis interdisciplinario, lo cual contribuye, desde su enfoque a la participación y la corresponsabilidad del ciudadano (Como se cita en Luis, 2013).

Igualmente, es importante revisar la opinión de Torgerson (2000) quien muestra en su libro *las tres caras del análisis de políticas*, las diferencias entre ciudadanos y expertos. En concreto, coloca a los ciudadanos como la parte dinámica del proceso de establecer y valorar una política, como instrumento de interés público. En realidad, dicho lo anterior, se justifica que durante la pandemia los Gobiernos formularon estrategias y políticas junto con la opinión de expertos epidemiólogos.

Merece la pena señalar el contexto político mexicano, desde el punto de vista de Cabrero Mendoza (2006), quien tenía una percepción local que interconecta la participación ciudadana y la hechura de la política pública como vía para democratizar las políticas públicas por medio de valores. A su vez, las sociedades con democracia plural tienden a construir políticas con la corresponsabilidad participativa entre la sociedad y el Gobierno²⁹.

Al referirse a las políticas públicas, cabe señalar el papel que juega la agenda dentro de este marco. Anderson (citado en Luis, 2013) señala que el procedimiento de incorporar una política a la agenda del Gobierno consiste en la identificación del problema. El análisis de políticas de Lasswell y la "*policy evaluation*" fomentan el análisis de evaluación y formulación de una política que incorpore en el diseño diversas disciplinas y que se genere el debate en distintos ángulos, lo cual ha posibilitado el conocer un problema desde un panorama amplio. Con base en lo anterior, las políticas que deben plantearse en torno a la salud mental deben ir encaminadas desde la perspectiva de la interdisciplinariedad para que se permita conocer el enfoque de los diversos asesores (Lasswell y Lerner, 1951).

En este sentido, la gestión de crisis y políticas públicas de la salud mental en la coyuntura de la pandemia en México no han sido prioridad de la agenda pública, pese a que la situación ha escalado a más personas desde el inicio de la pandemia. La Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE, 2021)

²⁹ Esto exige prever con los datos necesarios el análisis de los costos y la predicción de consecuencias, con el fin de tomar decisiones que se adapten en condiciones de escasez y riesgo.

demostró que México durante el año 2021 tuvo 15.4% de población adulta con depresión³⁰. Por otro lado, en ese mismo año el 50.7%³¹ de las personas presentó ansiedad.

El crecimiento de los trastornos psiquiátricos como resultado de la pandemia requiere la intervención de los servicios de salud mental, la cual ha sido escasa o inepta. Asimismo, el manejo de la crisis de salud mental abrió un abismo en el acceso a los tratamientos y al servicio de salud mental, pues el presupuesto destinado a la atención mental es escaso para la crisis existente³².

En resumidas cuentas, las políticas públicas de salud mental son un conjunto de acciones que buscan mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades afectadas por problemas y trastornos mentales, así como prevenir y reducir los factores de riesgo asociados a estos. Un análisis institucional de salud mental implica evaluar el marco normativo, los recursos humanos, financieros y técnicos, además de los servicios y programas disponibles, así como los mecanismos de participación y coordinación entre los diferentes actores involucrados en el campo de la salud mental. El objetivo de este análisis es identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y desafíos para el desarrollo e implementación de políticas públicas efectivas, equitativas y basadas en evidencia que respondan a las necesidades y demandas de la población.

2.4.1 Programas y análisis institucional de la salud mental en México

El objetivo principal de este apartado es abordar los programas existentes durante la pandemia en torno a la salud mental. Con el fin de identificar los tres pilares que el marco internacional impulsa a la salud mental en los distintos niveles de atención, los cursos de vida de los individuos y la relación de la salud mental con las enfermedades crónicas.

³⁰ De los cuales el 19.5% fueron mujeres y 10.7% fueron hombres quienes padecieron depresión (ENBIARE, 2021).

³¹ En el 2021 de la población total con ansiedad el 56% fueron mujeres y el 44% hombres (ENBIARE, 2021).

³² Se destinan \$3,030 MDP, lo cual equivale al 2.1% del presupuesto dado a la secretaría de salud (SHCP, 2021).

La secretaría de salud formuló ante la pandemia de la COVID-19 “Lineamientos de Respuesta y de Acción en Salud Mental y Adicciones para el Apoyo Psicosocial durante la Pandemia por COVID-19 en México” cuya finalidad fue promover los servicios de cuidado de salud mental y adicciones a nivel federal, estatal y municipal durante la pandemia COVID-19. Dichos lineamientos están basados en un documento del 2016 llamado “Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias” por la OPS y la OMS (Gobierno de México, 2020c).

Fundamentalmente, al analizar las políticas públicas tal como lo comenta Vargas Arévalo (2007), es una obligación de las autoridades el abordar situaciones de crisis. Sobre todo, es preciso fijar lo que se configura como políticas frente a una crisis sanitaria como la COVID-19, pues está claro, cómo se ha discutido anteriormente, que el modo que se define a la política pública es por el criterio del gobierno, la administración pública y el estado (Brena Sesma, 2013).

Con lo referente a las políticas públicas de salud mental, se necesita precisar teóricamente las políticas vigentes, llevarlas al terreno de la pandemia y consolidarlas en el sistema de salud de México. A decir verdad, el deber de políticas ante una crisis sanitaria es atender las necesidades de la población. En otras palabras, los temas relacionados con la salud pública —entre ellos, la salud mental— son obligación del estado, ya que los problemas de salud son problemas públicos y de alta prioridad para el Gobierno, el mercado y la sociedad.

Asimismo, las políticas de salud mental exponen los objetivos, valores y el enfoque del Gobierno para disminuir el peso que ejerce la salud mental y establecer programas para prevención, rehabilitación y tratamiento de enfermedades mentales, a través del apoyo a la comunidad. Tales estrategias deben incorporar relación entre los objetivos, propósitos y la visión, para evitar que los programas y políticas se conviertan en competentes y segmentados (OMS, 2001). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) redactó un plan de políticas en salud mental con el fin de orientar a países con el propósito de asesorar sobre desarrollo de servicios y políticas de salud mental.

La salud mental requiere de políticas y programas interdisciplinarios, como señala la OMS (2004), en su informe se deben comprender las diferentes dimensiones, como la “educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y

asistencia social, además de las actividades específicas del campo de la salud relacionadas con la prevención y promoción”. En fin, para crear un cambio en las políticas de salud mental es necesario que se realice la intervención desde diferentes áreas como programas, proyectos, entre otros.

Por un lado, en el sexenio 2001-2006, se creó los programas de acción sobre salud mental dentro de los cuales trató de solucionar problemáticas específicas como las adicciones (adicción a bebidas alcohólicas, tabaquismo, farmacodependencia), trastornos del déficit de aprendizaje, depresión, esquizofrenia, demencias, epilepsias, trastornos del desarrollo de la infancia, atención psicológica en situaciones de desastres y contra el Parkinson. Estos programas tuvieron el fin de revertir la problemática de salud mental que sucedía en ese periodo, pues se creó la “Red Nacional de Unidades Médicas”, para diseñar nuevos modelos de atención y establecer enlaces y sistemas de referencias entre las distintas instituciones dedicadas a la atención de la salud mental (Sandoval De Escurdia y Richard Muñoz, 2005).

Por otro lado, la salud mental ha sido un tema de atención para organizaciones y países internacionales. En México la salud mental ha estado regulada en múltiples ordenamientos jurídicos como el capítulo VII de la ley general de salud. Dicha ley únicamente cuenta con seis artículos sobre la prevención, atención, internamiento y rehabilitación de personas con algún padecimiento mental en una directriz general en la cual las entidades deben de cumplir. Por esta razón, se plantea que los problemas relacionados con la salud mental, al formar parte de la salud general, deben ser legislados por el Congreso General y no transferirse a entidades federativas (Vergara Hernández, 2021).

De allí el interés del Congreso de la Unión en el periodo 2020, pues consideró como una problemática de salud pública que junto con la pandemia creó un mayor problema público, El congreso fomentó una iniciativa que reformula la ley general de salud, en asunto de salud mental, específicamente la modificación de los Artículos 72°, 73° (I-VII; X), 74° (II-IV), 74°bis (I al VI, VII, IX), 136°,... que proponen a la Secretaría de Salud tomar las medidas pertinentes en materia de salud mental ante una emergencia sanitaria (Gobierno de México, 2020c).

A su vez, existen dos organismos que atienden los asuntos en el área de salud mental: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de

Atención Psiquiátrica (SAP). En este sentido la Secretaría de Salud (2017), en un informe del sistema de salud mental de México, define al CONSAME como la institución encargada de sugerir el “contenido de la política y las estrategias nacionales en asuntos de atención, prevención y rehabilitación de los trastornos mentales” Asimismo, definen al SAP como el que adecua los programas de atención médica especializada en salud mental, que elabora procedimientos, normas, pasos e instrumentos para enlazar con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención psiquiátrica. Ambas instancias federales se encuentran bajo el mando de la secretaría de salud y fueron fundadas a consecuencias de los vacíos existentes en programas sociales y políticas públicas referentes a la salud mental (Muñoz Martell, 2016).

Es trascendental referir que la interconexión entre el sistema de salud mental y la ciudadanía es escasa. Por ejemplo, de acuerdo con Berenzon Gorn et al. (2013), únicamente el 20% de organizaciones gubernamentales colaboran con el servicio de salud mental y una proporción menor ha intervenido en la formulación e implementación de políticas públicas de salud mental, por lo que es necesario la vinculación entre distintos organismos para plantear políticas que relacionan aspectos que influyen en las personas y los problemas mentales como el acceso a una vivienda, cobertura médica, un empleo y trabajo remunerado, entre otros.

Dicho esto, las políticas de salud mental deben centrarse en la atención primaria, que hoy por hoy se encuentra fragmentada. Tal cuestión provoca que los trastornos mentales en su mayoría sean tratados en atención terciaria, dado que los hospitales psiquiátricos son insuficientes para la población mexicana ya que con la pandemia se elevaron los casos de trastornos mentales³³.

Igualmente, México enfrenta una escasez de especialistas, pues únicamente tiene 4,600 psiquiatras³⁴ —la mayoría se centra en Ciudad de México, Estado de México, Jalisco y Nuevo León—. Por su parte, la OMS ha comentado que se necesitan 12,000 psiquiatras para poder atender a toda la población (Berenzon et al., 2013). Motivo por el cual la OMS considera que debe ser una fortaleza del Estado el impulsar políticas de atención a la salud mental con acciones, estrategias

³³ México cuenta con 46 hospitales psiquiátricos, en particular el 63% de ellos son parte de establecimientos públicos y ambulatorios, donde la calidad en ocasiones no es eficiente. Por otro lado, 13 de los hospitales psiquiátricos son del sector privado (Galván, 2022).

³⁴ De los cuales 1,400 psiquiatras trabajan en el servicio público y el restante en el privado (Toche, 2019)

y metas dirigidas a la solución de problemas preferentes. Además, se recomienda la inserción de la salud mental a los servicios de salud general, la actualización de las políticas en protección de derechos humanos de pacientes, perspectiva de género y territorial.

La revisión que se realizó acerca de las reformas psiquiátricas y atención de salud mental en México mostró el nombrado Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental adjuntado al programa nacional de salud en el periodo 2003, fue destinado para instruir las reformas psiquiátricas bajo su mando, cuyo fin fue “establecer las pautas, políticas, lineamientos, coordinación, supervisión y evaluación que los servicios de Modelos Hidalgo de Atención en Salud Mental se deriven” (Sandoval De Escurdia y Richard Muñoz, 2005, p. 39).

Asimismo, su propósito fue prevenir el riesgo de la marginalización e institucionalización psiquiátrica, que buscaba eliminar el modelo de psiquiatrización asilar —que proponía alejar a las personas con algún problema mental de la sociedad, lo que provocaba discriminación, estigmatización, aislamiento y una escasa recuperación para la persona afectada—, con la intención de erradicar los tratados o leyes incumplidas y combatir las problemáticas de salud mental (IESM-OMS, 2011).

La reforma tuvo buenas intenciones, pero ciertas limitaciones no permitieron ejecutar las metas, inclusive Muñoz Martell (2016) alegó que una de las causas que obstaculizaron el alcance de la reforma fueron su fundamento psiquiátrico, pues anexó varias instituciones al consejo y se enfocó en la investigación de temas referentes a la salud mental. Además, de la segmentación institucional de políticas en salud mental, el no alinear la salud mental a los estándares establecidos por los derechos humanos, la ineficiencia de recursos y capacitación del personal, entre otros aspectos. Se vale decir que las tácticas de atención hospitalaria y la reclusión se centró en una estrategia sanadora, que prescindió de la prevención e información ciudadana.

Posterior a esto, para el año 2010, se creó un marco legal y normativo para la atención a la salud mental que autoriza invertir un estimado a este rubro. A pesar de esto, la inversión acordada a la salud mental en México es escasa, ya que el presupuesto no ha estado acorde a lo que la OMS establece. Razón por la cual, la calidad de atención requerida para los pacientes con alguna enfermedad mental ha

sido deficiente. Mientras tanto, en los programas gubernamentales de la secretaría de salud, no se había hecho referencia a la salud mental previamente.

Esta visión unilateral generó un nulo impacto a la salud mental de la población mexicana, situación que el virus SARS-CoV-2 intensificó con la frecuencia en que se presentan los trastornos mentales en las poblaciones marginadas y en zonas demográficas rurales. A pesar de esto, la salud mental no respeta estatus, ni lugar de vivienda, es probable que estas secuelas, sean a raíz de que el sistema de salud de México está fundado en unos cimientos asistencialistas, reparadores y curativos más que preventivos o educativos.

Finalmente, en el año 2020, se inició la necesidad de formular una política pública en torno a la salud mental, para esto fue necesario eliminar el Modelo Hidalgo, fundado en un modelo clientelar³⁵. En función de lo planteado, dentro de esta propuesta el programa de salud mental 2019-2024, tiene dentro de sus objetivos prioritarios:

- Mejorar la salud mental de la población en México mediante la consolidación de la investigación multi, intra e interdisciplinaria.
- Reestructurar la salud mental en México mediante el aumento del presupuesto destinado a la salud mental en un 2%.
- Gratuidad y abasto de medicamentos, con el fin de eliminar antipsicóticos que ya no se usan.
- La adaptación de telesalud para la salud mental
- Incorporar el programa de acción para superar las brechas de salud mental recomendada por la OMS.
- Reforzar guías de práctica clínica como el incorporar la ansiedad dentro de los tratamientos, a través de la capacitación constante del personal.

Todo esto con el propósito de evitar la saturación de los hospitales psiquiátricos de primer y segundo nivel funcional, con el fin de lograr acceso a

³⁵ Robinson y Verdier (2013) escriben que el clientelismo es un canje cuya estrategia es que el “patrón” da beneficios a cambio del respaldo del “cliente”. Es decir, es un modelo basado en capitalizar la atención a la salud mental, en lugar de buscar el bien social, y que deja fuera a un número de personas con padecimientos mentales, pues solo se enfoca en un pequeño sector de la población

camas para pacientes con trastornos mentales graves o pacientes con adicciones, para los cuales no hay muchos lugares.

Quizás lo más importante de este programa fue la creación del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) y la fusión del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (Madrigal de León et al., 2020). Por su parte, el CONSAMA pretende ser un organismo descentralizado que funja como instancia rectora, normativa y de conducción de la política nacional de salud mental y adicciones. Con el propósito de integrar un modelo comunitario de la salud mental, a través del enfoque APS-I³⁶ en el cual se garantice los derechos humanos.

En cuanto a los retos que afronta el plan de acción del programa, algunos de los más importantes son la baja oferta de los servicios de salud mental y de los hospitales psiquiátricos existentes, los marcos legales aplicables a la salud mental —los cuales no están alineados a los estándares internacionales en lo que refiere al ejercicio pleno de derechos humanos—, y el poder desvincular la salud mental de las enfermedades crónico-degenerativas. En resumidas cuentas, las políticas anteriores excluían a la salud mental de la salud física, lo cual niega la patología dual.

Paralelamente, las políticas y programas implementados en el pasado eran inexistentes. Por ende, la evaluación de resultados de esta política y programa inicia como una hoja en blanco, lo cual genera un reto mayor al programa (Sotelo Monroy, 2022).

Igualmente el uso de las tecnologías durante la pandemia, así como los programas y las políticas públicas de e-salud contribuyeron al uso de tecnologías en los sistemas de salud —por medio de servicios de telemedicina en un sistema de comunicación portátil—, pues el foco principal fue evitar la estancia de los pacientes en los hospitales, mejorar la promoción, la prevención de la salud y la eficiencia en el diagnóstico, dada la situación que se atravesaba con la pandemia (Cruz-Meléndez y Valencia López, 2020).

³⁶ Conforme al Gobierno de México y la Secretaría de Salud añaden que son las siglas para la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada, la cual incluye todos los niveles de atención del sistema de salud y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación y la atención paliativa (Secretaría de Salud México, 2020).

Admitamos, por el momento, que todo esto representó un avance —el poder estructurar una política que esté más enfocada en la prevención y fortalecimiento de las normativas de los trastornos mentales—. No obstante, a pesar de las ventajas que tenga dicho programa, es imprescindible considerar el contexto de la pandemia, la perspectiva de género y el integrar planes acordes a las distintas zonas demográficas, pues por el momento la política toma en consideración estos aspectos dentro de su política transversal pero aún le falta establecer acciones diferenciadas para beneficio de las mujeres y de las desigualdades territoriales. Es preciso mencionar que las mujeres que viven en las zonas rurales fueron de las más afectadas en la pandemia, por el contexto social, económico, político y demográfico.

En este orden de ideas, Ward (1989) añade que la distribución de servicios de salud de calidad y de vanguardia en el país únicamente llega a los grupos privilegiados, que sobre todo se encuentran en zonas urbanas. Sin duda, gran parte de la medicina especializada y privada practicada en México se ubica en la capital, donde sus habitantes tienen mayor acceso a instalaciones de sanidad que las zonas rurales o periferias de la Ciudad de México.

Dentro de estos estándares de necesidades que se desean satisfacer en el acceso a la salud y las políticas públicas, se debería plantear la equidad e igualdad de los servicios de salud. Este podría ser un punto de partida en el cual los programas establecidos dentro de estas políticas tengan y garanticen la cobertura de la salubridad para la población. No obstante, esta distribución e igualdad retoma la universalización de los servicios de salud que por distintas razones no se ha logrado en los distintos programas y políticas de salud en la Ciudad de México (Muñoz Martell, 2016).

Antes de concluir es importante mencionar que el derecho a la protección de la salud se ubica en el artículo 4º, párrafo 4 en el cual dice que:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta

Constitución” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos., 2001).

La salud en México tiene competencias federales y estatales. La concurrencia en el tema de salud ha ocasionado que la atención del gobierno federal sea nula en el tema de la salud mental, dejándolo en manos de las entidades federativas.

La prevención de los trastornos mentales es prioritaria. Por lo que es necesario establecer políticas públicas en torno a la salud mental. Primero, se debe reconstruir el concepto de salud y en concreto a la salud mental, en función a la ley de carácter federal encargada de la salud en México, la cual lleva el nombre de Ley General de Salud. Dicha ley brinda de facultades a las entidades federativas de organizar la prestación de los servicios de salubridad general, entre ellos la salud mental, con el fin de desarrollar programas locales de salud mental

Con respecto a las propuestas de modificar la Ley General de Salud en materia de salud mental se deben añadir los contextos de emergencia sanitaria, ya que el sistema de salud tiene la obligación de responder al nuevo panorama epidemiológico, demográfico, social, económico, cultural y político de la República. Así como los servicios de salud deben adaptarse a la configuración de cada zona.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental de la población mexicana, lo que ha generado síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio. Ante esta situación, el gobierno ha implementado programas emergentes de salud mental en diferentes niveles de atención, con el objetivo de brindar apoyo psicológico y psiquiátrico a las personas afectadas por la crisis sanitaria. Algunos de estos programas son:

- La línea telefónica 800 2222 668, que ofrece orientación e información sobre COVID-19 y salud mental, así como canalización a servicios especializados en caso de requerirlo.
- El portal web COVID-19 y Salud Mental³⁷ del Gobierno de México, contiene materiales y documentos técnicos sobre salud mental y COVID-

³⁷ <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/covid-19-y-salud-mental-261874>

19, dirigidos a la población general, al personal de salud y a los niños, niñas y adolescentes.

- La capacitación en línea sobre salud mental y COVID-19 para el personal de salud, que aborda temas como el autocuidado, el manejo del estrés, la comunicación efectiva y la prevención del burnout.
- La atención psicológica y psiquiátrica presencial y virtual en las unidades médicas del IMSS, ISSSTE y otros organismos públicos y privados, que cuentan con equipos multidisciplinarios para atender las necesidades de salud mental de los derechohabientes.

Estos programas de salud mental buscaron mitigar el impacto psicosocial de la pandemia, promover el bienestar emocional y fortalecer la resiliencia de la población mexicana ante esta contingencia.

Finalmente, el sistema de salud mental en México enfrenta diversos desafíos, como la falta de información, planificación, recursos y servicios adecuados para atender las necesidades de la población. Según la Organización Panamericana de la Salud, el gasto público en salud mental es apenas un 2% del presupuesto de salud, y la mayoría se destina a hospitales psiquiátricos que pueden estar mal regulados. Es necesario fortalecer la gobernanza en el sistema de salud mental, mediante la participación de los actores involucrados, la formulación de políticas y programas basados en evidencia, y la promoción de una atención integral y centrada en las personas.

2.4.1.1 Programa institucional del IMSS en salud mental en México

El virus SARS-CoV-2 vino a replantear muchos de los programas y políticas que existían anteriormente. Por un lado, el director del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Zoé Robledo consideró que, tras el aumento de problemas de salud mental tras la pandemia, fue importante la creación del “Programa Integral de Salud Mental 2021-2024” en el cual se reconoce a la salud mental como un aspecto fundamental de respuesta a la pandemia.

Dicho programa busca sistematizar la atención y la promoción a la salud mental en los tres niveles de atención, ampliar los servicios para cubrir la brecha entre oferta y demanda, y garantizar el acceso equitativo a los tratamientos que ofrece el Seguro Social. En este sentido, la detección de pacientes con algún trastorno depresivo, ansiedad o de pánico, se llevará a cabo por medio de la aplicación del instrumento de cuestionario de salud mental (que consta de PHQ-4 y un reactivo del PHQ-TP) (IMSS, 2021).

Adicionalmente, se renovaron los lineamientos clínicos de diagnóstico y la gestión de los primordiales trastornos mentales en medicina familiar y en psicología. Durante la pandemia se dispuso de atención en salud mental digital en 55 unidades médicas hospitalarias de segundo nivel (psiquiatría y psicología), con el uso de orientación médica telefónica. Tras los primeros cuatro meses de haberse implementado el programa en el 2021 se ha capacitado y actualizado a 11,605 trabajadores con cursos en línea con respecto a estrategias en salud mental (IMSS, 2021).

Este programa se presentó a causa de que, con la COVID-19, muchos hospitales de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) tuvieron que enfrentarse a los problemas de salud mental, en vista de que se encontraban desbordados de pacientes con algún trastorno mental, además de personas contagiadas por SARS-CoV-2. Dicho programa consiste en acciones novedosas (por ejemplo, el uso de instrumentos en línea) que buscan la detección, promoción y vinculación de trastornos mentales, con la intención de mejorar y facilitar el acceso a los servicios de salud mental.

Se puede sustentar que el IMSS ha implementado acciones urgentes, con un punto de vista interdisciplinario que formula la actualización del personal de salud y propone campañas informativas para la población, aun cuando esto implica la transformación de los servicios de salud para la ciudadanía mexicana.

Es conveniente destacar que, tal como informó el IMSS (2021) en la consulta externa de las Unidades de Medicina Familiar (UMF), el séptimo lugar como motivo de consulta son los trastornos de comportamiento y mentales. Por ende, el programa del IMSS es un adelanto a una metodología de salud más puntual, con equidad y calidad, con una labor interdisciplinaria que sume y promueva el cambio con beneficio a la sociedad.

Es obligatorio atender el efecto que la pandemia ha dejado en la vida de cada uno tomando en cuenta los impactos negativos en la calidad de vida provocados por los cambios sociales y económicos que vivimos. Lo anterior muestra la importancia de vincular los programas institucionales de salud mental al contexto de la pandemia para poder revertir las secuelas de la pandemia.

A modo de cierre, el Programa Institucional del IMSS en Salud Mental en México es una estrategia que busca garantizar el derecho a la salud y a la seguridad social de los trabajadores y sus familias, así como prevenir y atender los trastornos mentales y del comportamiento que afectan su bienestar. El programa se basa en tres ejes: la detección de trastornos a distancia mediante instrumentos en línea, la integración del tamizaje para población a partir de los 20 años en los módulos PrevenIMSS y la firma de convenios con otras instituciones para brindar atención oportuna. El programa se alinea con los principios rectores y los ejes generales del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, y se suma a los compromisos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, perspectiva de género, inclusión, igualdad, no discriminación y no violencia, y así evitar que se transforme en un problema aún mayor en el futuro cercano.

2.4.1.2 Programa institucional del ISSSTE en salud mental en México

Por otra parte, el Instituto Seguro Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE) efectuó su plan para la salud mental, el cual lleva por nombre “Programa Integral de Salud Mental (PISM)” que entre sus estrategias están el ofrecer a los derechohabientes servicios de promoción, calidad y atención de la salud mental en los tres niveles de atención desde un enfoque de atención primaria³⁸ de salud en estos niveles (ISSSTE, 2022)³⁹. El fin del programa es, principalmente, fortalecer acciones para prevenir y atender trastornos, como los trastornos de sueño, la depresión, los problemas de adaptación, el síndrome de burnout, la ansiedad y el estrés, enfermedades que se profundizaron tras la pandemia de COVID-19.

³⁸ La atención primaria de salud (APS) tiene el papel de detectar oportunamente y tratar los trastornos mentales, tales como ansiedad y depresión (Saldivia et al., 2019, p. 53).

³⁹ Tal como las políticas de la OMS y la OPS plantean en referencia a la salud mental.

A partir de esto, el ISSSTE instauró en el Hospital General Tláhuac “Dra. Matilde Petra Montoya la Fragua” la primera unidad hospitalaria de salud mental, la cual cuenta con 15 camas, donde se atiende a pacientes con trastornos mentales o crisis en urgencias. De manera paralela, el Hospital General de Querétaro se unió al programa para el beneficio del estado, contemplando ahorros subrogados de salud para mejorar la calidad de atención de los derechohabientes (ISSSTE, 2022).

En tal sentido, fue importante plantear una “Guía operativa para el manejo integral de urgencias en salud mental: código morado”, la cual incorpora un protocolo de manejo integral intrahospitalario para los pacientes descompensados psiquiátricamente y los pacientes con problemas mentales que acuden a emergencia, cuyo fin es proveer atención puntual e integral a los pacientes con conformidad a los derechos humanos (ISSSTE, 2020b).

Quizás, lo más innovador del instituto fue el instaurar un modelo híbrido para el monitoreo de la salud mental a través de un consultorio virtual o presencial de los derechohabientes y la teleasistencia del “programa institucional COVID-19 de apoyo psicológico” para el soporte emocional a los pacientes y trabajadores del área COVID-19. Con la intención de disminuir el estrés físico y mental que estaban viviendo los pacientes y el personal de salud producido por el aislamiento, la escasa interacción social y la falta de comunicación con sus familiares. De tal forma, se les concedió la oportunidad de comunicarse con los profesionales de salud mental y sus familiares sin la necesidad de que estos estén en el mismo espacio. Todo esto fue con la ayuda de robots llamados “Robotina Covidia”, “Davinchito Robotinio” y “La Luchy Robotina” (Toribio, 2020). Indudablemente, este protocolo vanguardista para la salud mental COVID-19 favoreció la tarea del psicólogo y psiquiatra, pues facilitó la comunicación entre el especialista y la familia, previno el riesgo de contagios, además de ahorrarse el costo en los equipos de protección.

Del mismo modo, se incorporó el “Programa de apoyo emocional y de ayuda humanitaria asistido por un perro” mediante la asistencia de Harley “el tuerto”, un perro de apoyo psicológico a personas del área COVID-19, cuyo objetivo era evitar problemas psicológicos a mediano y largo plazo en el personal de los servicios de salud. Como resultado se encontró que el 95% de los trabajadores de áreas COVID-19 redujeron el estrés por el efecto psicológico de la pandemia (ISSSTE, 2020a).

Puede que el ISSSTE esté en un punto de inflexión, en vista de que, por primera vez en la historia del instituto, se instauró un programa institucional de salud mental con distintos protocolos y estrategias que vinculan diversas redes de servicio (medicina general, hospitalización y alta especialidad). Incluso, se puede decir que es precursor de la terapia afectiva al personal de salud del área de COVID-19, bajo criterios científicos y protocolos de bioseguridad.

El Programa Institucional del ISSSTE en Salud Mental en México fue una estrategia para garantizar el derecho a la salud física, mental y social de los más de 13 millones de derechohabientes del instituto. Este programa se implementó en las más de mil 400 unidades médicas del país, con el objetivo de prevenir y atender la depresión y otros trastornos mentales que se han incrementado durante la pandemia por COVID-19.

El programa se basó en el modelo de Atención Primaria de Salud Integral, que busca ofrecer servicios de salud oportunos, accesibles, de calidad y con equidad a lo largo del ciclo de vida. Además, el programa contó con la primera unidad hospitalaria de salud mental dentro de un hospital de segundo nivel, ubicada en el Hospital General "Tláhuac", donde se atienden urgencias de pacientes con problemas psiquiátricos y psicológicos agudos. El programa también colabora con la Secretaría de Educación Pública para brindar herramientas al personal docente y a los estudiantes para promover el autocuidado y la detección temprana de casos que requieran atención especializada. El Programa Institucional del ISSSTE en Salud Mental en México fue un ejemplo de cómo el instituto consolida la mayor red de atención en urgencias de salud mental en Latinoamérica (Gobierno de México, 2020b).

Este programa reestructuró los componentes de la salud mental a un modelo preventivo, el cual fue impulsado por Luis Antonio Ramírez Pineda, director general del ISSSTE. Sin embargo, es necesario considerar que dicho programa se enfoca más en el personal y pacientes del área COVID-19 que en el público fuera de este espacio. Aunque considero que es un plan adecuado, no cumple con lo que la ciudadanía requiere en los momentos de crisis como la pandemia. A pesar de todo, seguramente este programa institucional engendre una mejor calidad de vida y mejore la visión que se tiene con respecto a la salud mental, al considerar que la salud física está vinculada con la mental.

2.4.1.3 Programa Institucional del INSABI en salud mental en México

Antes que nada, es importante tener en cuenta que el Instituto de Salud para el Bienestar fue creado por mandato en el año 2020, por el decreto de la ley general de salud y de la ley de los institutos nacionales de salud, los cuales fueron publicados en el diario oficial de la federación el 29 de noviembre del 2019 (Alcocer Varela et al., 2020), y cuyo fin es proveer de servicios de salud a la población que no está afiliada a alguna entidad de seguridad social (aproximadamente 71.7 millones de mexicanos).

Dicho lo anterior, el INSABI (2021) ha propuesto un modelo de salud mental basado en Atención Primaria a la Salud que apoya al derecho a la salud mental con pautas que aseguren el acceso a la atención en adicciones, trastornos mentales primarios y en la salud mental. Por medio de la contratación de especialistas en salud mental, se busca que se capacite a los profesionales a través del Sistema Educativo de Salud para el Bienestar (SIESABI) y se promueva la investigación junto con el secretario técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) a fin de mejorar los servicios de salud mental para la población que no cuenta con seguridad social.

Ferrer Aguilar, titular del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), garantizó que las estrategias de los servicios de salud mental están diseñadas para atender a las necesidades de la población dependiendo la interculturalidad, desde un enfoque de perspectiva de género y de los derechos humanos (Alcocer Varela et al., 2020).

En esa misma línea, el director del INSABI, Juan Antonio Ferrer, subrayó que en México no había un modelo de salud mental orientado en la Atención Primaria a la Salud (APS) que en la pandemia fue circunstancial su desarrollo. Este modelo de salud mental se propuso reducir la desigualdad de los sectores más vulnerables en la atención a los trastornos mentales los cuales son las víctimas de violencia, en mujeres, pueblos originarios. Por ende, fue sustancial el enviar brigadas de apoyo en la salud mental a las entidades federativas con mayor marginación (INSABI, 2021).

Como resultado, la salud mental representa un reto para la salud pública en México a causa de la desarticulación y exclusión social (INSABI, 2021), de ahí que este modelo ha presentado como prioridad a la salud mental a través de distintos canales de comunicación y trabajar con las instituciones de Salud. No obstante, el INSABI no ha asociado a la población sin seguro social con el presupuesto actual, a lo mejor este sea un impedimento en unos años de no abarcar los objetivos planteados.

El Programa Institucional del INSABI en salud mental en México tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen trastornos mentales, adicciones y otros problemas relacionados con la salud mental. El programa se basa en un modelo de atención primaria a la salud que promueve la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial de los usuarios. El programa también busca fortalecer la coordinación entre los diferentes niveles de atención, así como la participación comunitaria y el respeto a los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

2.4.1.4 Programas emergentes de salud mental en México durante la pandemia

Es necesario destacar que al ser seres biopsicosociales la COVID-19 nos vino a crear un ambiente de aislamiento, depresión y soledad, lo que ocasionó que los sujetos vivieran en el futuro lo que originó sentimiento de ansiedad, por lo cual fue importante la creación de programas emergentes para apoyar a los individuos en alguna situación de crisis durante la cuarentena o la pandemia de la COVID-19.

Por consiguiente, el papel de los profesionales en la salud mental durante este periodo fue el psico educar y apoyar al analfabetismo que existe acerca de la salud mental, para que el individuo pueda realizar acciones y actividades que preserven su salud mental. Cuya finalidad sea el gestionar sus emociones, como tristeza, enojo y evadir pensamientos fatalistas, ante cualquier situación de estrés, angustia y miedo constante, para un estado de salud completo (físico, mental y social).

De igual forma el Gobierno de México creó un apartado “salud mental” en el sitio web coronavirus.gob.mx/salud-mental/ que pone a la disposición de los ciudadanos los números telefónicos de atención y material para comprender los problemas de salud mental que pueden surgir durante la pandemia (videos, material didáctico, documentos de consultas, sitios de interés), con el propósito de proporcionar un plan de manejo ante una crisis. En tal sentido, los profesionales de salud mental han apoyado a las personas a aliviar y sobrellevar la situación que se enfrenta durante la COVID-19.

Como se ha mencionado un impulso importante fueron las brigadas de apoyo en la salud mental para pacientes con COVID-19 y familiares, así como del personal sanitario que cuida de estos pacientes y de la población en general que ha vivido los estragos en su salud mental. Dentro de este marco, se mencionan los programas emergentes a la salud mental por universidades, como la UNAM, la UAM y el Politécnico Nacional, que en conjunto con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, además de organizaciones de la Sociedad Civil y cadenas de farmacias conocidas privadas —como farmacias similares— estos establecieron los servicios de líneas de atención psicológica, para atender a los ciudadanos a través de una brigada de atención psicoemocional y psicológica a través de líneas telefónicas.

Al mismo tiempo, el Instituto Nacional de Pediatría y el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) diseñaron un curso para capacitar para la formación de personal especializado en salud mental para promover estrategias para el apoyo a personas con crisis psicológica.

Por su parte las líneas de atención psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) junto con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” crearon un cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental COVID-19, con el fin de apoyar a la población durante la pandemia con el apoyo de números telefónicos en caso de presentar un riesgo alto, esta herramienta detecta los riesgos de la salud mental que se enfrentan durante la cuarentena y el aislamiento social. Este cuestionario detecto que los principales aspectos que deterioran la salud mental esta la violencia, el consumo de sustancia, la ansiedad, la autolesión y el suicidio (UNAM, 2021).

Igualmente, otras principales las instituciones que brindan apoyo psicológico gratuito a distancia son la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), Asociación Psiquiátrica Mexicana, Centro de Integración Juvenil, Centro Integral de Salud Mental “san Jerónimo”, Consejo Ciudadano, Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Consejo Nacional de Enseñanza en Investigación Psicológica, EDUCATEL, Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A.C. Fundación Origen, línea de la vida, Psicólogos Sin Fronteras México (PSFMX) y el Centro de Intervención en Crisis⁴⁰.

Los programas emergentes de salud mental en la pandemia propusieron que la psicología ampliará sus procesos de promoción y prevención, para que la población pueda desarrollarse óptimamente en un ambiente lleno de estrés constante. Las estrategias utilizadas por las instituciones de salud pública en la pandemia de la COVID-19 dieron oportunidad a nuevas metodologías para atender la salud mental, con la ayuda de interdisciplinas, como nutrición, medicina familiar y algunas especialidades, es decir que esta nueva metodología permitió integrar la salud mental como este bienestar total de la población en el aspecto físico, emocional y psicológico.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental de muchas personas, especialmente de aquellas que se han visto afectadas por el aislamiento social, la pérdida de empleo, el duelo o la violencia doméstica. Ante esta situación, algunas instituciones privadas y universitarias en México han implementado programas emergentes de salud mental para brindar apoyo psicológico, orientación y prevención a la población vulnerable. Estos programas se basan en diferentes modalidades, como líneas telefónicas, plataformas digitales, redes sociales o talleres virtuales, y buscan promover el autocuidado, el manejo del estrés, la resiliencia y el bienestar emocional de los usuarios.

En consecuencia, la crisis sanitaria por COVID-19 ha obligado a los sistemas de salud en México a modernizarse con rapidez y ofrecer soluciones para frenar su avance a los problemas mentales, al implantar y usar la telemedicina y la inteligencia artificial. Además, al ponerse en práctica el programa en el marco de la pandemia involucró criterios de concienciación y formación constante al personal, esperamos que este sea uno de los muchos programas que los institutos

⁴⁰ Datos tomados de [DISEÑO ORGÁNICO RECREATIVO \(unam.mx\)](https://www.unam.mx)

reformulen con estos enfoques, y pueda ser un inicio para crear una política pública federal o local de salud mental en algún contexto de crisis sanitaria. Aun cuando falte añadir la perspectiva de género estas políticas serán un parteaguas para reestructurar y añadir las deficiencias que tengan.

2.5 Experiencias de políticas públicas ante la COVID-19 en la Ciudad de México

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un gran desafío para la gestión de crisis en la Ciudad de México (CDMX). Desde el inicio de la emergencia sanitaria, el Gobierno de la CDMX implementó diversas medidas para contener y mitigar la propagación del virus, así como para atender a las personas afectadas y proteger a la población vulnerable.

Entre las medidas adoptadas se encuentran la creación de un semáforo epidemiológico que regula las actividades económicas y sociales según el nivel de riesgo, la realización masiva de pruebas diagnósticas, el incremento de la capacidad hospitalaria, la habilitación de espacios temporales para el aislamiento y la atención de casos leves.

La Ciudad de México junto con el Estado de México fueron las zonas más afectadas, debido al incremento de fallecidos. Dado que el gobierno no aplicó los planes del sistema de alerta epidemiológica —este aumento de muertes fue visible de diciembre de 2020 a enero 2021— (Romero Zavala y Despeghel, 2021). Por consecuencia, los hospitales se desbordaron durante los picos máximos de contagios, en tanto, el personal sanitario solicitaba suministros médicos y de protección para operar lo mejor posible, bajo las condiciones en las que se encontraban.

La Ciudad de México, fue la entidad más afectada por la pandemia, pues sus habitantes aplicaron el confinamiento, la mayoría de los negocios cerró o quebraron. De igual modo, las empresas tuvieron que descansar o dejar que sus trabajadores realizarán sus actividades desde casa, cuestiones que perjudicaron tanto la economía, como la salud de las y los trabajadores.

El gobierno de la Ciudad de México implementó medidas que no se alineaban con el gobierno federal, como la aplicación de pruebas gratuitas, crearon estrategias para controlar en Alcaldías o colonias el incremento de contagios por COVID-19, el cancelar eventos masivos —posterior a los primeros contagios por el SARS-CoV-2— y el llevar un seguimiento de contacto con la persona contagiada en junio 2020 (Sánchez-Talanquer et al., 2021). Asimismo, los funcionarios del gobierno promovieron el uso de mascarilla con el ejemplo, pues la mayoría de ellos lo usaban.

A pesar de que una de las medidas fue el quedarse en casa, esta decisión tuvo mucho que ver con la situación económica de cada persona o familia, un estudio de Irigoyen-Camacho et al. (2020) añaden que las personas con un nivel socioeconómico medio contaban con la posibilidad de quedarse en casa 3 veces más que las personas de bajos recursos.

En definitiva, estas estrategias de parte del gobierno de la Ciudad de México influyeron para que, en julio del 2022 la Ciudad presentará 1,368,159 contagios acumulados y 42,359 fallecidos, por lo tanto, la CDMX ocupó el segundo lugar en defunciones a nivel federal —detrás del estado de México— (CONACYT, 2022).

Si bien el Gobierno de la CDMX siguió las medidas de apoyo económico a los más afectados, ofrecidos por el Gobierno federal, esto no fue suficiente, puesto que la tasa de desocupación laboral fue de 5.9%, es decir, 279,542 personas estaban desempleadas para el cuarto trimestre del 2021 en la Ciudad de México. Cabe mencionar que, para entonces, había 884,152 mujeres desempleadas (INEGI, 2022)

Adicionalmente, otros apoyo entregados —como el apoyo a los estudiantes (\$832 pesos mensuales)⁴¹ y el seguro de desempleo (\$5,282 pesos mensuales)⁴²— fueron insignificantes, ante el panorama que se enfrentó durante la pandemia, como el caso de la caída del producto interno Bruto del país.

En definitiva, la economía de la Ciudad de México ha sido el espejo de la situación de recesión económica que atraviesa la República Mexicana. Naturalmente, otro aspecto que analizar dentro de las crisis desencadenadas por la pandemia es la crisis de la salud mental, provocada por el desconocimiento del

⁴¹ Dato tomado de BECA BIENESTAR EDUCACIÓN SUPERIOR | Campaña | gob.mx (www.gob.mx)

⁴² Dato tomado de Apoyo para el desempleo (cdmx.gob.mx).

impacto social, económico y político en el porvenir. Sin duda México y la Ciudad de México tuvieron sus deficiencias en torno al manejo de contagios de la pandemia, a pesar de que dispusieron de tiempo para aprender de los errores de otros países y así tomar decisiones acertadas para enfrentar la pandemia.

El Gobierno de la Ciudad de México afirmó que sus estrategias sanitarias han sido las más adecuadas para enfrentar la pandemia, basándose en criterios científicos y técnicos. Sin embargo, también reconoció que se trata de una situación con una dinámica compleja, que requiere de una evaluación permanente y de un ajuste constante de las acciones. Asimismo, ha hecho un llamado a la responsabilidad y la solidaridad de la ciudadanía para cumplir con las disposiciones sanitarias y evitar mayores contagios y muertes por COVID-19.

Se vale decir que debido a la pandemia COVID-19 la Ciudad de México tuvo que enfrentar la escasez de apoyos económicos, la saturación de los hospitales, el alto número de muertes y la caída del producto interno bruto. Según algunos expertos, la respuesta del gobierno local y federal ha sido insuficiente y ha fracasado en contener la propagación de la enfermedad (Aguilar Sosa, 2020; Camhaji, 2021; Expansión Política, 2021), pues la situación fue tal que se requirió de medidas más efectivas y coordinadas para superar la crisis sanitaria y económica.

Ahora bien, tomando en cuenta las características demográficas de cada país analizado anteriormente, el Reino Unido es uno de los países más altamente poblados de Europa, pues ocupa el 22° puesto de la tabla de población, con casi 66 millones de habitantes. Por lo tanto, se calcula que 275 personas viven por Km² (Reino Unido: Economía y Demografía 2022 | Datosmacro.Com, 2022). Esta distribución de la población ocasiona que sus habitantes sean los más vulnerable al virus lo cual justificaría el número de decesos para el periodo de julio del 2022 de 2,427,76 muertes por 100 mil habitantes (*Coronavirus (COVID-19) Deaths - Our World in Data*, 2022; Universidad Johns Hopkins, 2022).

Por otra parte, Suecia tiene una población de 10,379,295 personas y de 23 habitantes por Km², por lo que ocupa la 88ª posición en la tabla de población (*Suecia: Economía y Demografía 2022 | Datosmacro.Com*, 2022). Eso demuestra que el número de muertos es elevado para el número de población que tiene por

Km², dados los 1,687,21 decesos por millón (*Coronavirus (COVID-19) Deaths - Our World in Data, 2022*).

No obstante, México es también uno de los países más poblados del mundo, pues ocupa el número 163°, además de ser uno de los países con mayor porcentaje de inmigración en el mundo. Por tanto, México tiene una población moderada de 65 habitantes por Km² (México: Economía y demografía 2022 | datosmacro.com, 2022)(México: Economía y Demografía 2022 | Datosmacro.Com, 2022), lo cual no justifica que, para el periodo marzo 2022, México fuera el 5° lugar en defunciones a nivel mundial, con 334,726 fallecidos y 5,860,472 contagios acumulados (CONACYT, 2022). Sin duda, muchas de las decisiones del gobierno federal influenciaron a que México ocupará uno de los 10 lugares a nivel mundial con más defunciones por COVID-19.

Al mismo tiempo, la Ciudad de México ocupa el 2° lugar más poblado a nivel nacional, superado por el Estado de México según el INEGI (2021d). La Ciudad de México en el 2021 tenía una población de 9,209,944 personas y 6,163.3 habitantes por Km². Por ello, para marzo 2022, la Ciudad de México presentó 1,368,159 contagios acumulados y 42,359 fallecidos, por lo que ocupó a nivel federal el 2° lugar en defunciones (CONACYT, 2022). Posiblemente el número de habitantes por Km² tuvo relación en el número de contagios tal como el caso del Reino Unido.

Por otro lado, Chile durante la pandemia vivió una situación política y social, también la falta de comunicación, de gestión y de estrategias para controlar los contagios, que desde mi opinión y de acuerdo con los datos publicados no es coherente con la situación político-social que vivían en ese momento.

El seleccionar estos países fue con el fin de analizar y comparar que el número de habitantes por kilómetro cuadrado es relativamente similar, además, de dar a conocer y comparar la situación política y económico con un país en el mismo continente como lo es Chile. A lo cual podemos inferir que la gestión de crisis en México y específicamente la CDMX fue deficiente, sin considerar que la cultura administrativa de cada país, cuestión que daría más por reflexionar, al igual que los sistemas de salud existentes.

En conclusión, un aspecto clave para afrontar las situaciones de crisis es analizar las medidas adoptadas por distintos gobiernos y entidades políticas, con el fin de evaluar sus fortalezas y debilidades, y extraer lecciones que nos permitan

mejorar nuestra capacidad de respuesta. Para ello, es necesario comparar las estrategias de gestión de crisis desde una perspectiva crítica y constructiva, teniendo en cuenta los contextos, los recursos y los objetivos de cada caso.

2.5.1 Políticas Públicas y análisis gubernamental de la salud mental en la Ciudad de México

En la República Mexicana, solo la mitad de las entidades federativas cuentan con una ley, programa o política específica en Salud Mental, tal es el caso de la Ciudad de México, la cual en el año 2021 el Congreso capitalino aprobó el dictamen por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal y se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México (Congreso de la Ciudad de México, 2021).

Ante esta modificación se pretendió garantizar los servicios de salud universales, gratuitos y de calidad a la población de la capital, al mismo tiempo que la detección, prevención y atención al suicidio. Con el fin de apoyarse en las secretarías de inclusión y bienestar de la mujer lo que proporcionará una perspectiva de género. Pese a esto no se logró modificar del todo la ley de salud mental.

En cuanto a los programas o políticas de salud mental, por un lado, se encuentra la secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA, 2022) la cual informó que desde el inicio de la pandemia se estableció un protocolo para brindar al personal médico primeros auxilios psicológicos, así como acompañamiento y su seguimiento ante la situación de estrés, ansiedad y depresión que puedan presentar al atender a pacientes COVID-19.

En este sentido el protocolo estuvo disponible en 11 hospitales y para los 18 mil 430 trabajadores que estaban en la plantilla, estos hospitales son: el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”; el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”, el Hospital General “Rubén Leñero”, el Hospital General Xoco, el Hospital General La Villa, el Hospital General Balbuena, el Hospital General Iztapalapa, el Hospital General Milpa Alta, el Hospital General Ticomán; el Hospital General Tláhuac y el Hospital General Ajusco Medio (SEDESA, 2022)⁴³.

⁴³ Sin embargo, ninguno de estos hospitales mencionados se encuentra en la Alcaldía Cuajimalpa.

Por otro lado, hubo líneas de apoyo emocional de parte del gobierno junto con las líneas de asociaciones civiles e instituciones llamadas red de servicios para apoyo emocional, cuyo propósito fue promover y cuidar la salud mental de la población en la CDMX. Entre esta red de apoyo emocional se encuentra la línea de la vida, el centro de atención telefónica UNAM, el INJUVE, la línea de ayuda LOCATEL, la línea mujeres de la secretaría de las mujeres, la facultad de psicología, la escuela nacional de enfermería, la FES Zaragoza, servicio institucional de salud mental de la UAM, entre otras (Departamento de Psicopedagogía, 2021; SEDESA, 2022).

Por su parte la Alcaldía Cuajimalpa estableció un solo programa de atención psicológica y pedagógica gratuita vía telefónica en salud mental junto con la red de mujeres Cuajimalpa A.C, con lo cual se puede admitir que durante el periodo de la COVID-19 (2020-2021) los programas y políticas en atención a la salud mental de parte del gobierno para el público general durante la pandemia fue nula.

Conviene subrayar que la constitución política de la Ciudad de México y la ley constitucional de derechos humanos y sus garantías contemplan la protección de la salud mental como un derecho humano que resulta indispensable. En este sentido, es necesario proporcionar a los ciudadanos de programas y políticas en salud mental enfocándose desde una perspectiva de género a futuras pandemias o epidemias que puedan perturbar a la población de su bienestar mental.

De hecho, la Ciudad de México al ser la quinta más poblada del mundo y al ocupar el 2° lugar a nivel nacional con una población de 9,209,944 habitantes en el año 2020 (INEGI, 2020b), las medidas tomadas por el gobierno local y federal en salud mental no fueron eficientes para la población y sus características (Fuentes, 2023; Ríos, 2023; Toche, 2019; Vizcarra, 2023) —pues la mayoría de las personas no cuentan con un seguro médico—, posiblemente por esto las repercusiones pueden ser mayores en comparación con otras entidades. Dicho lo anterior hay que mencionar que todas las instituciones federales tienen su sede en la Ciudad de México a pesar de que cada entidad en el país cuenta con sus competencias para realizar sus funciones básicas. Es decir, esta centralización ocasiona que no se cubra a todo el país y que las principales actividades de las instituciones se centren en la capital, lo que crea una desigualdad en la atención de la salud mental y general a lo largo del país.

En realidad, las políticas públicas de salud mental deben ser a través de calidad y servicio que brindan a la población. Es un error generalizar la salud porque cada persona es distinta con necesidades individuales, por lo tanto, se debe personalizar y no generalizar el servicio de salud a la población, ni mucho menos al género.

Las dependencias de la Ciudad de México junto con las asociaciones civiles apoyaron a la población con la red de servicios para apoyo emocional —que en su totalidad fueron apoyo telefónico—. La salud mental debe ser un tema relevante para la agenda pública, donde se establezcan estrategias desde una perspectiva de género y un plan para solventar los problemas de salud física y mental. Con el fin de evitar la desigualdad económica, social y sexual —lo cual fue más visible en la Ciudad de México por la cantidad de población que vive en esta entidad— por quienes pueden o no solventar los gastos de salud privada.

Como es sabido, la salud mental es un derecho humano fundamental que requiere de una atención integral y multidisciplinaria. Sin embargo, en la Ciudad de México existen diversos retos y desafíos para garantizar el acceso a los servicios de salud mental, así como para promover la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales. Algunos de estos retos son: la falta de recursos humanos y materiales, la estigmatización y discriminación, la fragmentación y desarticulación del sistema de salud. Así como la escasa participación social y comunitaria, y la ausencia de una normatividad específica que regule este sector.

Las políticas públicas y el marco institucional de salud mental en la Ciudad de México, debe identificar los principales desafíos y oportunidades para mejorar la atención y la prevención de los problemas de salud mental en la población. Además de fortalecer el sistema de salud mental y garantizar el acceso a una atención integral, oportuna y de calidad para todas las personas que lo requieran.

En conclusión, se propone una serie de recomendaciones para mejorar las políticas públicas y el análisis institucional de salud mental en la Ciudad de México, tales como: fortalecer la rectoría y la coordinación intersectorial, ampliar la cobertura y la calidad de los servicios de salud mental, impulsar la atención primaria y comunitaria. Así como el fomentar la participación social, el empoderamiento de los usuarios, y el generar evidencia e información para la toma de decisiones.

Capítulo 3. Salud mental. Definición

En este capítulo se abordará el concepto de salud mental desde diferentes ramas, lo que ha permitido que el concepto se modifique con el tiempo. Se propone conceptualizar a partir de algunas disciplinas la definición adecuada para la investigación. Posterior a esto, se analizará el papel de la bioética en la salud mental y su pertinencia en los estudios de género. Se informará de las consecuencias que la pandemia generó en la salud mental de las mujeres que participan en la esfera pública y privada, con lo cual se expondrá el impacto que la pandemia tuvo en la salud mental de las mujeres.

Lo referente al concepto de salud mental se ha planteado desde diferentes ramas de la psicología, psiquiatría y otras disciplinas. Por lo tanto, antes de comentar los conceptos más importantes de salud mental para esta investigación, es importante definir lo que se entiende por salud.

A lo largo del tiempo se ha definido de distinta manera lo que significa la salud. En esta investigación, la salud mental se concibe como el equilibrio biomédico⁴⁴, el socioeconómico y el comportamental⁴⁵. Para la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2004) la salud se define no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de completo bienestar físico, social y mental. De modo que la salud va más allá de la enfermedad, pues es el equilibrio entre el entorno externo e interno del sujeto.

Al respecto, la salud es un resultado complejo donde se interrelacionan los factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales⁴⁶. Una buena

⁴⁴ El término biomédico en la salud se refiere a la aplicación de los principios y métodos de las ciencias biológicas y médicas al estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades humanas. La biomedicina abarca diversas disciplinas como la biología molecular, la genética, la inmunología, la farmacología, la bioquímica, la fisiología y la anatomía, entre otras. La biomedicina tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas mediante el desarrollo de nuevos fármacos, vacunas, terapias y tecnologías sanitarias (Wade y Halligan, 2004).

⁴⁵ El comportamiento en la salud se refiere a las acciones, hábitos y actitudes que las personas adoptan en relación con su bienestar físico y mental. El comportamiento en la salud puede influir en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de diversas enfermedades, así como en la calidad de vida de los individuos y las comunidades. Algunos ejemplos de comportamientos en la salud son: seguir una dieta equilibrada, hacer ejercicio regularmente, evitar el consumo de tabaco y alcohol, practicar la higiene personal, acudir al médico cuando se presentan síntomas, adherirse a los tratamientos prescritos, etc. El comportamiento en la salud puede estar determinado por factores personales, sociales, culturales, ambientales y económicos, entre otros (Cortés Vázquez et al., 2009, p. 78).

⁴⁶ La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el

interrelación de dichos factores permite el desarrollo y potencialización de las capacidades humanas con el fin de estrechar lazos sociales. En otras palabras, para que exista un bienestar social e individual deben de plantearse programas y políticas públicas que solucionen los problemas existentes.

Ahora bien, el concepto de salud mental une a distintas disciplinas y de igual forma se ha modificado, pues, por mucho tiempo, se relaciona con el concepto de trastorno mental, tal y como declara Galende (1997) que al hablar de salud mental se piensa en enfermedad mental —lo cual no es así, ya que el concepto solo aplicaría para las personas con algún trastorno o enfermedad mental—. Asimismo, se afirma que la salud mental es un concepto complejo construido a partir de lo interdisciplinario, lo cual ha generado que el concepto se amplíe y, por ende, se cree este equilibrio en conjunto con el ambiente interno y externo del sujeto.

El precursor del concepto de salud mental fue la higiene mental⁴⁷ y cuyo propósito consistía en que las personas con algún trastorno mental se reintegraran a la vida “normal”⁴⁸. Unos de los pioneros en este movimiento fue William James y Meyer⁴⁹, quienes iniciaron en Estados Unidos, con el fin de mejorar el tratamiento y la calidad de vida del enfermo mental. Este concepto de higiene mental fue ganando terreno con la obra de J.R. Rees en el 1° congreso Internacional sobre Higiene Mental en 1985. Tal ha sido su desarrollo que hoy, la salud mental es una ciencia multidisciplinaria (Carrazana, 2003).

conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que configuran las condiciones de la vida diaria” Estos determinantes en la salud física y mental incluyen condiciones sociales y económicas, como la pobreza, la desigualdad y el desempleo, así como entornos físicos, como la calidad de la vivienda y el acceso a espacios verdes (Leiva- Peña et al., 2021, p. 3; World Health Organization, 2020).

⁴⁷ Conforme a Cabildo (1959, p. 173) la higiene mental está compuesta por dos definiciones por un lado el de prevenir enfermedades y por el otro el promover un alto nivel de salud. Es decir, la higiene mental forma parte de la rama de la higiene que consiste en prevenir la aparición de un trastorno mental y promover una óptima salud mental. De allí que los consideren sinónimos o un antecedente al concepto de salud mental. Actualmente es más usado el término de salud mental que de higiene mental.

⁴⁸ Citando a Michel Foucault "Cuando un juicio no puede enunciarse en términos de bien y de mal se lo expresa en términos de normal y de anormal. Y cuando se trata de justificar esta última distinción, se hacen consideraciones sobre lo que es bueno o nocivo para el individuo. Son expresiones de un dualismo constitutivo de la conciencia occidental" (Herrera Gómez, 2013). En el enfoque de la salud mental lo “normal” es sinónimo de salud y lo “anormal” es lo patológico. Por otra parte, el término “normal” fue un concepto creado para establecer normas o leyes que regulan nuestra convivencia y comportamiento. Ahora bien, al hablar de lo “normal” hay que tener en cuenta que se genera una discriminación para personas o grupos que no se ajusten a los patrones construidos por la sociedad.

⁴⁹ Lopera Echavarría (2012, p. 64) añade que “Meyer propuso que el movimiento de higiene mental no se centrara solamente en la mejora de las condiciones de atención, sino que tuviese un alcance más vasto, dirigido a la prevención de las dolencias mentales y al trabajo con las comunidades”.

El concepto de salud mental en psiquiatría es el equilibrio de la persona para adaptarse al medio e interactuar con él, al impulsar el crecimiento y el bienestar en el ambiente colectivo e individual, con el fin de buscar una mejor calidad de vida (Vidal y Alarcón, 1986). Es importante destacar lo anterior ya que dicho concepto se refiere a un concepto dinámico que implica el equilibrio entre los aspectos cognitivos, emocionales y sociales de la persona.

En psicología la salud mental es la situación en donde la persona se siente satisfecha con la vida y tiene la capacidad de autorregularse (Davini et al., 1978). En otras palabras, no es la ausencia de una enfermedad mental como tal, al contrario, es como uno se siente frente a las demandas diarias de la vida y como las encara —con sus anhelos, valores y deseos como algo característico de cada uno—. Es este estado positivo en el que una persona puede desarrollarse y vivir en paz.

La definición biomédica de salud mental está conformada por dos características: por un lado, la disminución de un proceso biológico y, por el otro, la ausencia de enfermedad (Restrepo y Jaramillo, 2012). Es dentro de este concepto que el papel protagónico lo tiene la enfermedad, es decir, que se ocupa de la epidemiología y tratamiento a los trastornos psiquiátricos, pero no promueve la salud como tal, solo trata la enfermedad.

Dentro del sector económico y social, la salud mental se concibe como la relación comunitaria al mostrar que lo económico y social es la manera en que se puede acceder a protección y promoción de salud con el fin de mejorar la calidad de vida y obtener paz. Es, en este sentido, que la relación de ciertas circunstancias socioeconómicas y sociodemográficas determinan el bienestar mental y físico de la población (Macaya Sandoval et al., 2018).

Para Cabanyes y Monge (2017) la salud mental posee tres características que interactúan e influyen en este estado de bienestar: factores ambientales, la neurobiología y la personalidad. Si en algún momento alguna de estas características sufre alguna situación fuera de lo normal que genere grados elevados de estrés y alteraciones, es allí donde la salud mental se ve comprometida, ya que para resolver la situación la persona tiene que utilizar su resiliencia aportada por su salud mental.

De acuerdo con la OMS, la salud mental es el estado de bienestar en que el sujeto conoce sus capacidades y es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, además, puede ser productivo y contribuir a la comunidad (OMS, 2004b). Es decir, la salud mental está vinculada con la salud física y la conducta. Por lo tanto, la salud mental está presente en cada etapa de la vida.

Tras examinar estas definiciones, el concepto de salud mental que se tomará como referencia para este marco será el de OMS por su trascendencia al establecer a la salud mental como la salud integradora en todos los aspectos del sujeto. Acorde con esto, los sujetos que contaron con una adecuada salud mental pudieron afrontar en este caso la pandemia, o sea, contaron con la resiliencia adecuada ante esta situación anormal que enfrentamos todos.

Se puede decir que al ser seres sociales nos encontramos con una interacción constante que en ocasiones nos brinda bienestar o no. Cuando llegan estos momentos de bienestar, se alcanza una óptima salud mental, la cual posibilita a los sujetos a reconocer sus habilidades, con el fin de superar el estrés del día a día. Dicho esto, la salud mental debería incentivarse dentro de todas las políticas, con el fin de favorecer la promoción, prevención, accesibilidad y calidad de los servicios de salud mental en sectores como la educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social. La salud mental posiblemente contribuya a la economía y al desarrollo social (OPS, 2022).

Cabe mencionar que los trastornos de ansiedad y depresión son de los problemas de salud mental más comunes en la población⁵⁰, por lo que deben ser tratados desde la atención primaria de la salud. En consecuencia, esta investigación abordará ambos trastornos como dos de los principales problemas de salud mental —en concreto para las mujeres— durante los primeros seis meses de la pandemia de la COVID-19.

En conclusión, la salud mental es un aspecto fundamental del bienestar humano que abarca las emociones, los pensamientos y las conductas de las personas, en el cual el contexto histórico y social influyen.

⁵⁰ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE, 2021) demostró que México durante el año 2021 tuvo 15.4% de población adulta con depresión. Por otro lado, en ese mismo año el 50.7% de las personas presentó ansiedad

3.1. Salud mental y género

En este subcapítulo, se conocerá la inequidad que existe en la salud mental desde la perspectiva de género, lo cual permite justificar la investigación. Es necesario definir lo que se entiende por género Hesmondhalgh y Baker (2015) lo definen como las características y roles apropiados definidos por la sociedad para hombres y mujeres, los niños y las niñas y las personas no binarias. es decir que el género es el resultado de la interacción entre las personas lo que refleja la asignación del poder. A juicio de Wright (2014, p. 1000)

Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud.

Dicho de otra forma, el género es consecuencia del proceso de construcción de la realidad social —que va desde el nivel macrosocial y el microsocioal, es decir lo público y lo privado— tomando como punto de partida las diferencias fenotípicas en lo que refiere al sexo—. En este sentido, Scott (2002, p. 12) define el género como una “clasificación necesaria para analizar cómo históricamente se concibe a la mujer y al hombre desde sus diferencias sexuales”. En pocas palabras, es cómo se ha categorizado a la mujer y al hombre desde la perspectiva biológica — justificando así, por ejemplo, en el caso de las mujeres, que la maternidad, el cuidado del hogar y los hijos e hijas sean visto como algo natural e innato en ellas dentro la esfera privada —. Por su parte, el hombre se desarrolla en la esfera pública y laboral por sus componentes biológicos.

En esa misma línea, Basaglia (1987, p. 32) refiere que el comportamiento de la mujer va encaminado a lo moral, lo que se espera de ella siendo hija, esposa y madre. Por lo tanto, la conducta femenina se encuentra reprimida ante las exigencias de la estructura social, pues, desde la perspectiva androcéntrica, no se le considera como una persona con deseos, anhelos y elimina de ella su sexualidad como algo inmoral que la mujer no puede necesitar o desear. Es decir, que todas

estas represiones son argumentaciones que se encuentran al tratar de incluir la perspectiva de género en las sociedades, con lo cual los estereotipos de la mujer y la construcción social han creado en ellas una carga de trabajo y represiones que en ocasiones dificultan la estabilidad emocional e intelectual, a lo cual se ha llamado locura de las mujeres (Fernández Heredia, 2004, p. 22). Por lo tanto, la dominación masculina que han vivido las mujeres contribuye a empeorar sus trastornos mentales.

Con esta idea, la teoría del sistema sexogenérico se relaciona para explicar cómo es la manera que se desenvuelven los hombres y las mujeres en la esfera privada y pública desde una perspectiva androcéntrica —es decir, el hombre es el centro de todo análisis social, cultural, económico, laboral y de salud—. Es decir que el hombre se le involucra en los roles públicos y el uso de herramientas, cuestión contraria sucede con la mujer, pues esta se asocia a los roles privados, sentimentales y estéticos.

En este sentido, cuando hablamos de salud mental desde una perspectiva de género, se pretende entender cómo afectan los distintos factores sociales, económicos, demográficos y del contexto en la salud mental de cada uno. Es importante mencionar las identidades sexogenéricas que conciernen al quehacer cotidiano, las desigualdades, diferencias y a la manera en cómo se forma o estructura el género en el entorno social. Conforme a Jhorima Vielma (2001, p. 36) la identidad de género se ve condicionada por las presiones sociales a la cual las mujeres y los hombres han sido sometidos consciente e inconscientemente.

En otras palabras, para que el sujeto cuente con salud mental y psicológica debe de tener un balance entre sus deseos y las demandas proporcionadas por la sociedad, adquirir un bienestar externo e interno con el contexto social que le toca y preservar relaciones sociales sanas. Ahora bien, se debe contemplar desde un análisis de la salud mental con los determinantes psicosociales de género. Chesler (2019, p. 94) concede a diversos componentes la alta incidencia de la mujer en las estadísticas de salud mental⁵¹. Esto se debe a que la mujer desde su represión y su rol hace que busque la ayuda necesaria, reportando así mayor o el doble de prevalencia en problemas de salud mental que el hombre.

⁵¹ Principalmente factores psicosociales —como las experiencias de violencia, justicia e igualdad—, y socioeconómicos (Ramos-Lira, 2014).

Para discutir la salud mental desde la perspectiva de género, hay que romper con los estereotipos asociados al género, pues esto involucra desenmarañar las tensiones acarreadas inconscientemente al género y a lo que es permitido o no al hombre y a la mujer socialmente (Thomas, 1997). Por lo tanto, consiste en reestructurar a los hombres a una posición de sensibilidad y empatía.

Hay que dejar claro que cuando nos referimos a estudios de género, no nos referimos a estudios de la mujer, pues género no es sinónimo de mujer. Sin embargo, en muchos casos, los estudios de género suelen concentrarse en visibilizar la desigualdad sexogenérica de la que son víctima las mujeres y de la cual los hombres se ven beneficiados. En este caso, se analiza la salud mental de las mujeres como una desigualdad estructurada por la mirada masculina, patriarcal⁵² y androcentrista. Desde el inicio de las ciencias de la salud los cuerpos fueron sexualizados, por su forma de genitales —hombres y mujeres—. Lo dicho hasta aquí da cuenta de que existe una construcción social, la cual parte de las dualidades del sistema de género —por ejemplo, lo doméstico versus lo privado o la fortaleza versus la debilidad—, en la que se estipula que, naturalmente, la salud mental de las mujeres es más propensa a ser inestable.

Se debe agregar que durante el transcurso de las épocas la sociedad patriarcal ha catalogado a las mujeres bajo el apelativo de “locas” (Chesler, 2019, p. 76). Tal autora indica que el uso de este apelativo ha servido para castigar a la mujer por el único hecho de ser mujer o de atreverse a salir de sus condicionantes sociales. Empleando las palabras de Chesler (2019, p. 129), la práctica psiquiátrica ha estado basada en la ética de la salud mental masculina. Por esa razón, solamente existe una estandarización de salud, la cual es masculina, cuestión que ocasiona una imparcialidad de género en los criterios de la salud mental.

Bajo este esquema, Broverman et al (1970) declaran que las características de un cuerpo sano se fundamentan en el hombre, en tanto que el cuerpo patologizado está sustentado en la mujer. Tal cuestión evidencia que la salud mental de la mujer tiene elementos de inestabilidad y locura, por su parte, el hombre sería el único ente sano. Esta asociación androcentrista y misógina convierte a las mujeres como un ser con trastornos mentales.

⁵² La ideología, estructura o sistema patriarcal es definida por Lerner (1990, p. 310) como “la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños (as) de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general.

Por consiguiente, existen desigualdades de género y sexismo en las que las mujeres —en comparación con los hombres— son las más expuestas. Además, estas desigualdades actúan con factores como la clase social, la religión y la etnia. Por ello, no todas las mujeres se encuentran en el mismo grado de vulnerabilidad con los problemas de salud mental (Ramos-Lira, 2014).

En concreto, la perspectiva de género explica la causa de la prevalencia de que las mujeres tengan mayor ansiedad y depresión que los hombres, ya que estos trastornos no solo están ligados a lo biológico, sino a causas sociales y los juegos de roles que desempeña cada sexo. Con todo lo anterior, argumentó que la salud mental requiere una variedad de enfoques para atender distintas problemáticas, desde la atención psiquiátrica, psicoterapéutica y psicológica presentes en la población, hablando específicamente de la población femenina.

Por lo tanto, la perspectiva de género ha permitido conocer e identificar las características que socialmente las mujeres y los hombres enfrentan y a las asociaciones de ellas y ellos con espacios públicos y privados. Estos argumentos abren la reflexión, pues, se debe estudiar los procesos de salud, enfermedad y la atención que se le brinda, pues, como se ha visto, existen factores que condicionan la salud mental de cada género.

A fin de cuentas, entender la salud mental a partir del género y las ciencias sociales permitirá conocer el efecto que tiene sobre la salud mental, las construcciones y dinámicas sociales particulares de cada género. Asimismo, el establecer una política pública de salud mental con perspectiva de género implica considerar los estereotipos de género, los roles y el entorno social, ya que estos aspectos provocan estrés y por ende la necesidad de cumplir las expectativas sociales, —mayormente este estrés es más notable en mujeres que hombre, este estrés genera desestabilidad en la salud —mental—.

El enfoque androcéntrico y patriarcal con el cual se han atendido los problemas de salud mental reclama reestructuración y evaluación desde esta perspectiva de género. Por consiguiente, se identifica la necesidad de formar desde esta perspectiva de género construcciones teóricas para profundizar en un concepto de salud mental, que esté integrado por un todo y no solamente por la fragmentación del género —con lo que se quiere decir que la salud mental tiene que abarcar el contexto médico, psicológico, antropológico y social—.

La salud mental es un aspecto fundamental del bienestar humano, que se ve afectado por múltiples factores sociales, económicos, biológicos y ambientales. Entre estos factores, el género juega un papel importante, ya que determina las oportunidades, los roles, las expectativas y las normas que influyen en la forma en que las personas se relacionan consigo mismas y con los demás.

El género también condiciona la exposición a situaciones de estrés, violencia, discriminación y exclusión que pueden afectar negativamente a la salud mental. Por ello, es necesario adoptar un enfoque de género en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de los problemas de salud mental, que reconozca las necesidades específicas y los derechos de las mujeres y los hombres.

En conclusión, este trabajo se enfoca en el análisis de las políticas públicas desde la perspectiva de género el cual es un enfoque que reconoce las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, así como las diversas identidades y expresiones de género que existen en la sociedad. La salud mental desde la perspectiva de género implica analizar cómo los roles, las normas, las expectativas y las relaciones de género influyen en la salud mental de las personas, así como en el acceso y la calidad de los servicios de atención. La definición de salud mental desde la perspectiva de género debe tener en cuenta la diversidad y la interseccionalidad de las experiencias y necesidades de las personas, así como promover el respeto, la equidad y la inclusión.

3.1.2. La Bioética y el DSM desde la perspectiva de género: un marco para la reflexión

El fin de este apartado es discutir lo que la bioética ha analizado en la salud de la mujer desde esta visión androcentrista y bajo los roles de género. Posterior a esto, se tratarán los cambios hechos por el DSM, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. De igual manera, se discutirá cómo es que el género, desde la transdisciplina, ha permitido que la salud mental sea un punto de reflexión en torno a la estructura y contexto social en la cual las mujeres están situadas —es decir la interseccionalidad de cada sujeto—. Por lo tanto, se pretende dejar de

catalogar a la mujer como un sujeto social insatisfecho y conocer cómo es que la represión social les ocasiona este malestar.

En cuanto a la bioética, está siempre ha estado presente, sin embargo, hizo su aparición formal en los años setenta en Estados Unidos, la cual se propagó con el transcurso de los años a los demás países. Técnicamente, la bioética es la unión de la biología, la medicina y la ecología. Tiene como fin el estudio de valores para contribuir al futuro de los seres humanos (Potter, 1971). Asimismo, Reich (1995) definió a la bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales”.

Hasta el momento, la bioética se concibe en el modo que se formulan y analizan las investigaciones médicas y biológicas, procurando la asistencia sanitaria y la preservación del ambiente (Lolas, 2001). Esto responde a los problemas éticos, políticos, morales y sociales que se formulan en la atención a la salud humana. Actualmente, el campo de la bioética ya no es exclusivamente de la medicina, biología y ecología, pues se ha ampliado a las humanidades, las ciencias sociales y psicológicas.

Por lo tanto, podemos deducir que el ampliar el panorama de la bioética ha permitido buscar respuestas mediante la perspectiva de género en los planteamientos de salud mental desde el marco social, político y ético. Tal y como Rueda Ortega (2006, p. 172) indica, esto posibilita el examinar los factores de estas dimensiones en la interacción de las mujeres con las carencias existentes en su entorno —en otras palabras, la opresión que viven las mujeres ya sea por razones sociales, económicas, laborales o culturales que llegan a influir en el bienestar de las mujeres—.

De igual modo, es necesario que la perspectiva de género tome en cuenta las diferencias existentes entre hombres y mujeres a nivel social, cultural y psicológico, y no exclusivamente a nivel biológico (Rueda Ortega, 2006, p. 171). Este enfoque nos ofrece una perspectiva crítica sobre la distribución de poder y la inequidad perpetuada por las instituciones gubernamentales, legales, religiosas, políticas y sociales. Mediante este análisis, podemos identificar los mecanismos de dominación y resistencia que operan en diferentes contextos y niveles. Así,

podemos cuestionar las estructuras y prácticas que reproducen las desigualdades y buscar alternativas más justas y democráticas.

La perspectiva de género nos permite analizar cómo los procesos sociales, políticos, éticos, culturales, ideológicos y económicos se construyen de manera desigual y discriminatoria para las mujeres. Así, podemos identificar las brechas y las barreras que impiden el acceso a la justicia y a la igualdad de oportunidades para las mujeres en nuestro entorno.

El análisis de la bioética en la salud de las mujeres se ha centrado desde esta visión androcentrista en la reproducción y sexualidad. Esta cuestión ha sacado a la luz las restricciones que las mujeres deben enfrentar, como si no existieran características propias de salud entre hombres y mujeres (Casado et al., 2014). Al abordar el tema de la bioética desde la perspectiva de género, se ha examinado los elementos que condicionan la salud mental de las mujeres a lo largo de su trayectoria individual y colectiva. Se ha prestado atención a las dimensiones éticas, sociales y políticas que intervienen en el bienestar psicológico de las mujeres, así como a los desafíos y oportunidades que enfrentan en diferentes contextos.

En el contexto *del El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (citado en Eguiluz, 2021; Pujal i Llombart et al., 2020), se puede encontrar este sesgo de género, en vista de que la edición más reciente del DSM-5 del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* contiene el trastorno disfórico premenstrual —el cual patologiza al género femenino por las molestias que sufren previo a la menstruación— esta categoría coloca a la mujer en desventaja, con lo cual se puede concluir que el *DSM*, a pesar de tener cambios desde la edad, el sexo y la reciente —sin mencionar la escasa⁵³— incorporación de la perspectiva de género, puesto que no toma al género como parte de la construcción psicólogo-social que conlleva a la creación de un ambiente de opresión con respecto a las mujeres.

⁵³ El sesgo de género en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) se refiere a la tendencia de este manual a clasificar o describir los trastornos mentales de manera que reflejen o perpetúen los estereotipos o las desigualdades de género. Por ejemplo, algunos trastornos se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, lo que puede deberse a factores biológicos, sociales o culturales, o a una combinación de ellos. Otros trastornos pueden tener criterios diagnósticos que ignoran o minimizan las experiencias o los síntomas específicos de género, lo que puede conducir a un infradiagnóstico o un mal diagnóstico. El sesgo de género en el DSM puede tener consecuencias negativas para la salud mental y el bienestar de las personas afectadas por los trastornos mentales, así como para la investigación y la práctica clínica en el campo de la psiquiatría y la psicología.

Además, no hay que olvidar las modificaciones realizadas previamente, por ejemplo, ha contribuido a la eliminación de la histeria a partir de la tercera edición del *DSM*, catalogada como un diagnóstico del género femenino. Este análisis abre la discusión para incluir el concepto de género como una construcción psicosocial que permite entender, junto con las características biológicas y la estructura social, como este sistema ideológico crea presión y estrés a la representación y orientaciones de las conductas dado que estas están atribuidas al sexo biológico —debido a esto posiblemente algunas mujeres asisten más veces a los servicios generales y exponen más quejas psicosociales debido a su rol como cuidadoras esto deriva estrés crónico, problemas de ansiedad y depresión, por lo tanto existe este estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado, porque son más débiles y posiblemente no sea este el caso, si no la estructura social y las tareas asignada a los roles, que generan estrés, ansiedad o depresión— (Flores Palacios, 2003).

A partir de ello, debe reformularse el trastorno disfórico premenstrual para dejar de patologizar a la mujer por su irritabilidad, malestar o las disconformidades que su componentes biológicos y sociales influyen en la forma que vive. Es necesario colocar estas disconformidades en el plano social, para así dar a conocer cómo el sistema binario sexo-genérico ha llevado a que las mujeres sean consideradas personas mentalmente inestables.

En pocas palabras, se espera que al añadir la perspectiva de género a la salud mental desde la bioética y las modificaciones al *DSM* —que aún falta trabajo por hacer— permitirá la incorporación de la visión social en el diagnóstico y el proceso terapéutico, dado que esta dimensión condiciona cualquier padecimiento en el género (Buedo, 2021). La bioética ha permitido conocer que la fluctuación de los datos epidemiológicos de depresión y ansiedad no solo se da por aspectos biológicos, sino dado que en la mujer el sistema hormonal llega a generar distintas respuestas a lo largo de su vida —o sea, el comportamiento de las mujeres está condicionado por la estructura social que viven, la cual ha creado en ellas un entorno de presión, así como aspectos biológico-hormonales que crean en conjunto estos cambios en los estados de ánimo de un día para otro—.

Por lo tanto, es importante ver todos los aspectos que competen a la salud desde esta perspectiva de género, cuyo fin es conocer las particularidades de cada género —cómo se sienten y se desarrollan en la sociedad— a partir del contexto

social que está implicado en cada género. Es decir, que coexisten un conjunto de elementos que influyen en cómo las mujeres se sienten con su contexto y por lo tanto con su salud mental —de forma que la violencia de género, la situación sentimental, económica, laboral, la inseguridad y la condición de vulnerabilidad repercuten en la salud mental de cada una de distinto modo—.

Al hablar de vulnerabilidad hay que tomar en cuenta la interseccionalidad⁵⁴ debido a que el sistema de opresión de cada mujer es distinto de acuerdo con el ambiente en el que se encuentra. De igual modo, Casado et al. (2014) añaden que los ejes de la bioética han puesto en debate la vulnerabilidad interseccional de cada género. En vista de que se debe tratar desde la interseccionalidad a cada género como lo son la raza, la clase, la identidad de género, la orientación sexual, la diversidad funcional, el contexto social en el que viven y la edad, razón por las cuales se crea una violencia epistémica de género⁵⁵, lo que coloca en este caso a la mujer en una posición de opresión y alejándose de los parámetros de sanos y llevándola a las esferas privadas al considerarla como un cuerpo enfermo o débil (Kaufman, 2017).

En otras palabras, la interseccionalidad junto a la perspectiva de género debe ser incluidas en la bioética al analizar la salud mental de las mujeres. La interseccionalidad permitirá que se estudie desde las vulnerabilidades de cada mujer. De igual forma Crenshaw (2012) enfatiza que la interseccionalidad ha dado la oportunidad de considerar otras formas de marginación con el fin de prevenir la generalización de la disparidad entre los géneros y las mujeres que por sus características han sido excluidas de todo análisis —por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19 no fue lo mismo la prevalencia de trastornos mentales y el acceso a la atención en mujeres de clase media de una zona urbana, que las

⁵⁴ Como expresa Crenshaw (1989, p. 550) la interseccionalidad hace referencia a la “interacción entre el género, la raza y otras categorías de diferenciación en la vida de las personas en las prácticas sociales, en las instituciones e ideologías culturales”.

⁵⁵ La violencia epistémica es el conjunto de prácticas científicas, disciplinares y cognitivas que, intencionadamente o no, invisibilizan la aportación de determinados sujetos sociales a la construcción, discusión y difusión del conocimiento científico (Güereca Torres, 2017, p. 22). En este sentido en la opinión de Martínez Hernández (2014, p. 295) la violencia epistémica de género es una “praxis indispensable a favor del desmontaje ideológico de, por un lado, la jerarquización de los saberes hegemónicos, y por otro, el reconocimiento intercultural de las mujeres como pilares fundamentales no sólo de la Ciencia, sino de la sociedad en general, esto último más allá de la retórica sexista de que la mujer (en la familia y sólo desde allí), es el sostén del hogar”.

mujeres de clase media que viven en zonas rurales donde el acceso a la atención es deficiente o nulo.

En otras palabras, la interseccionalidad nos permite dar cuenta de que los factores psicosociales que provocan la depresión y ansiedad van más allá de ser mujer, sino que también tiene que ver con el ser jefa de familia, dedicarse exclusivamente al hogar, al cuidado de los hijos e hijas o de algún enfermo, aunado a tener un nivel socioeconómico bajo, problemas o violencia familiar, entre otros aspectos—. Cada contexto perturba de distinta manera la salud mental de cada mujer.

Asimismo, la OMS añade que para obtener salud mental imparcial para hombres y mujeres es necesario incorporar desde esta perspectiva de género que las características propias del sexo y los roles de género estructurado para cada uno crean necesidades diferentes que deben ser atendidas desde esta visión psicosocial (Aguilá et al., 2017, p. 12). En conclusión, el ser mujer en una constitución social patriarcal es sinónimo de desigualdad, pues no se ha incorporado a las estadísticas epidemiológicas de salud mental el contexto de inequidad social que afecta a la salud mental de las mujeres.

A partir de este orden de ideas podría decir que la bioética es la responsable que la elaboración de políticas públicas basadas en la percepción de la alteridad y el respeto, para fundarse en la situación económica, social y cultural de cada pueblo, todo esto con el fin de completar este marco de valores y pluralidad.

Al analizar los principios y criterios de la bioética y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*DSM*) desde la perspectiva de género, el fin es identificar las posibles implicaciones éticas y sociales que se derivan de su aplicación en el campo de la salud mental. Los conceptos de bioética, género y *DSM*, así como las principales críticas y controversias que han generado estos marcos teóricos y normativos.

Finalmente, la bioética y el *DSM*, pese a sus pretensiones de universalidad y neutralidad, no son ajenos a los sesgos y estereotipos de género que predominan en la cultura Latinoamericana, lo que ha afectado en la valoración, diagnóstico y tratamiento de las personas que sufren problemas de salud mental. Por lo tanto, se propone la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la bioética y el

DSM, así como en la formación y práctica de los profesionales de la salud mental, para garantizar una atención más respetuosa, equitativa y eficaz.

3.2 La conciliación de la vida laboral y familiar durante la pandemia de la COVID-19: un análisis desde los roles de género, el *home Office*, y la división sexual del trabajo.

A continuación, se analizará los conceptos que permitirán construir el contexto que vivieron las mujeres durante la pandemia y el impacto psicosocial en la salud mental que generó en las mujeres. Durante la pandemia de la COVID-19 las mujeres fueron quienes estuvieron con aumento de trabajo al tener que manejar las actividades laborales y domésticas en un mismo espacio. Ellas son las que en su mayoría se dividieron para poder sobrellevar esta carga durante el aislamiento social (ONU, 2020).

Probablemente, en la actualidad algunas de las familias en México perciben dos ingresos, pues se han llegado a incorporar al mundo laboral tanto las mujeres como los hombres. Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), en los años 2010 al 2020 en México hubo un crecimiento en los hogares con dos proveedores, pasando del 28.2% al 31.9% (Sánchez et al., 2014). Asimismo, los hogares con jefas de familia incrementaron, pues, conforme a los datos del INEGI, en el 2010 este porcentaje consistía en un 25%, mientras que en el 2020 alcanzó un 33% (INEGI, 2020e).

No obstante, estas familias siguen conservando las tradiciones de los roles de género, de tal forma que el hombre es el principal proveedor de la familia y la mujer es la proveedora secundaria (Fussell y Gauthier, 2005). Es en estas familias es necesario que uno de los integrantes baje el ritmo (Becker y Moen, 1999) —es decir, reducir las horas de trabajo, declinar oportunidades de trabajo que le creen responsabilidades, viajes y horas extras de trabajo que impidan alternar con responsabilidades familiares—. Es probable que la mujer sea la que tenga que renunciar a este progreso profesional, debido a las normas tradicionales de género, como ocurrió el primer año de la pandemia (CNN Español, 2021; Robles, 2021).

La sociedad y la familia son más exigentes con las mujeres que trabajan tiempo completo y tienen hijos o hijas. Por lo tanto, es probable que en algunos casos la sobrecarga doméstica y laboral propició a que abandonaran su empleo para dedicarse a las actividades de cuidado, domésticas y al apoyo de los hijos e hijas durante el *homeschool* —lo que significó el reforzamiento del rol reproductivo y doméstico de la mujer—. Pese a que se ha avanzado en las equidades laborales de género, las tareas domésticas, familiares y de cuidado son un obstáculo, pues siguen siendo asignadas a las mujeres.

Otro rasgo que se debe incorporar para entender la división sexogenérica del trabajo es el *home office* que incrementó durante la pandemia. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020, p. 1) conceptualiza al *home Office* como “el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones —como teléfonos inteligentes, tabletas, computadoras portátiles y de escritorio— para trabajar fuera de las instalaciones del empleador”.

A pesar de que esto fue posible por el uso de la tecnología y cada empresa tuvo distintas modalidades para sus trabajadores, esta circunstancia creó en las mujeres una situación de estrés constante al no tener horas ni espacios precisos de trabajo en una y otra esfera — Una consecuencia positiva de la pandemia para algunas mujeres fue la posibilidad de continuar con su trabajo desde casa, sin tener que dejarlo por atender a sus hijos e hijas que estudiaban de forma virtual. Sin embargo, esto también implicó un aumento del estrés y la ansiedad por cumplir con las demandas laborales y familiares al mismo tiempo— (Gil Moreira, 2022; Los Andes, 2023).

Por otro lado, se debe agregar que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 1995; Vega Montiel, 2007, p. 174) define al trabajo doméstico como “la producción de bienes y servicios dentro del hogar, como resultado de la combinación del trabajo no remunerado y de la adquisición en el mercado de bienes duraderos y no duraderos”. Al hablar de trabajo doméstico, se tiene que tomar en cuenta la división sexogenérica del trabajo, que define el valor de la mujer por su reproducción y por su papel en el cuidado del hogar, además de que provoca una mayor tasa de desempleo femenino. Es por estas razones que el salario de las mujeres es menor que el de los hombres. Con esto se quiere decir

que el hombre, al obtener un mayor ingreso que una mujer, se enfoca en el trabajo remunerado, relegando a la mujer a las labores del hogar`

Con respecto a lo anterior, existen estudios que indican el impacto que el confinamiento tuvo en las mujeres ante la sobrecarga del espacio laboral y doméstico. Quílez-Robres et al. (2021) concluyeron que el confinamiento creó una brecha entre los géneros, pues provocó que las luchas por la igualdad disminuyeran. La pandemia creó que las mujeres asumieran o aumentarán su carga de trabajo y por ende incrementarán los problemas en su salud mental —siendo los más comunes el estrés, la ansiedad y la depresión—. En otras palabras, la figura materna fue la que tuvo mayores repercusiones psicosociales y en la salud mental, pues, se vio susceptible a mayor carga de trabajo.

Por lo que se refiere a la división sexual-genérica del trabajo, se esperaría que la incorporación de la mujer en el mercado laboral permitiera un reparto equitativo, además de rediseñar los roles de género y el trabajo en los espacios privados —situación que no sucedió pues la mujer tuvo que enfrentarse a la doble jornada, es decir, en su mayoría ellas debieron compaginar ambos espacios, lo cual conlleva más carga y mayor responsabilidad—. Es decir, considero que esto no es posible hasta que cambiemos la sociedad basada en un sistema capitalista patriarcal-androcentrista —esta es una característica de las sociedades occidentales, en las que la autoridad y el poder recaen en la figura masculina—.

Igualmente, se podría decir que la diferenciación entre lo público y privado son sinónimo de masculinidad y feminidad, lo cual crea la formación de valores y conductas que se confiere a cada sexo (Preda Taipe, 2021). De ahí que, por un lado, a la mujer se le confiere el cuidado del hogar, el de los hijos e hijas, la crianza, las tareas domésticas y el trabajo reproductivo. Por otro lado, al hombre se le coloca en los trabajos de producción y económicos, es decir, lo que tiene que ver con el ámbito público. Esto se podría resumir en la analogía de que el espacio público y económico-comercial es para los hombres y el espacio privado es para mujeres. Por ese motivo, es que la mujer presenta dificultades para la creación de nuevos roles en una sociedad en la cual los papeles y trabajos ya han sido asignados.

Tal cuestión la menciona Galcerán: “El debate entre las teorías feministas desde una perspectiva de género y el marxismo han sido esencial para reconocer y dar valor al trabajo que históricamente las mujeres han realizado en el ámbito

doméstico-familiar” (citada en Sagastizabal y Legarreta, 2016, p. 3). De igual manera, Alonso Benito (2007) comenta que la concepción de la ciudadanía coloca a la mujer como una ciudadana de segunda y le arrebató los derechos, lo que genera la desigualdad y exclusión de género. Los autores sostienen que el capitalismo, el patriarcado y el androcentrismo se combinan para imponer un modelo de familia en el que el hombre es el proveedor económico y la mujer es la responsable doméstica. Esta estructura familiar se basa en la división sexual del trabajo que otorga más poder y prestigio al hombre que a la mujer.

Desde esta perspectiva de género y feminista, se debe rescatar lo que dice Millett (1995) en su libro “política sexual” en el que se entiende que el sexo es político. En vista de que la política es un conjunto de estrategias basadas en el poder con el propósito de que un grupo de personas queden bajo el control de otro grupo superior, esta relación entre hombres y mujeres está basada en el poder y la dominación.

Al mismo tiempo, surge la idea de Greer (1971) quien cuestiona la idea de la época en que las mujeres al tener hijos o hijas tienen el deber de valorar más a su familia que a sí mismas. Se podría interpretar que la división sexogenérica del trabajo y el capitalismo no desea que la mujer sea autónoma, con lo que crea limitantes para verse forzada a escoger entre una de las dos esferas.

Como lo señala Carrasquer Oto (2009, p. 31) el trabajo femenino está bajo el nombre de actividad complementaria, y el trabajo familiar-doméstico como el trabajo principal que las mujeres deben realizar. Evidentemente, ambos roles desempeñan trabajos los cuales no fueron por elección sino como una atribución social.

En cuanto a la división sexual del trabajo, la feminista y socióloga francesa Kergoat (2010, p. 33) define a la división sexual del trabajo como la “forma de división social laboral que desprende de las relaciones sociales de sexo, historia y socialmente moduladas, cuyo propósito es priorizar a los hombres en la esfera productiva y a las mujeres a la esfera reproductiva”. Ahora bien, esta división sexogenérica laboral es la justificación desde el capitalismo para que las organizaciones y la sociedad se excusen en la búsqueda de la división de trabajos para hombre y mujeres, es decir, se fundamentan en la idea en que el trabajo vale más si el que lo realiza es hombre que por el trabajo en sí mismo.

Para explicar mejor, la división de tareas según el género asigna a la mujer el papel de encargarse de la crianza, el cuidado y la educación de los hijos e hijas. Asimismo, el trabajo doméstico ha contribuido y favorecido la acumulación de capital de las parejas y de la sociedad.

Lo anterior, nos conduce a la llamada doble presencia en la que Balbo (1978, p. 3) lo describe como:

Un fenómeno de la modernidad, o de la modernidad tardía. Esto es, de un tipo de sociedad que se ha construido sobre la base de un capitalismo industrial que impone, como práctica y como modelo, una rígida separación de espacios, actividades y géneros. O sea, un tipo de sociedad donde los hombres ocupan el espacio público y dominan el espacio privado.

En otras palabras, en su artículo "*La doppia presenza*" explica lo que la mayoría de las mujeres viven y lo que con la pandemia se incrementó. Este concepto permite conocer cómo enfrentan las mujeres las demandas laborales y domésticas que el género y las normas sociales les exigen, pues la doble presencia y la desigualdad laboral de sexo es la consecuencia del capitalismo, en vista que únicamente le importa la producción y la reproducción del capital.

La doble presencia ha permitido que el empleo femenino sea visibilizado con el fin que se creen marcos legislativos para promover la igualdad en los espacios públicos (Carrasquer Oto, 2009). No obstante, en el espacio privado no se ha visto cambios, ya que la distribución de las tareas del hogar no se ha dado justamente.

Precisamente esta doble presencia —o también nombrada doble jornada— que viven las mujeres las coloca en un malestar constante al tener que mantener el equilibrio entre las tareas domésticas y su actividad laboral, sin mencionar que en la sociedad capitalista-Marxista la sobrecarga de trabajo, la desigualdad social y laboral crean retos importantes en la vida cotidiana de la mujer.

Debido a que la sociedad coloca esta doble presencia como el papel que la mujer debe desempeñar. Tal y como lo comenta comenta Carrasquer Oto, (2009, p. 9)

El empleo femenino pone de manifiesto el mito de la modernidad vista únicamente en una de sus caras, es decir, en la esfera pública y el trabajo remunerado, sin reconocer el trabajo doméstico y familiar que está adjudicado socialmente al género femenino.

Lo dicho hasta aquí supone que la doble presencia femenina es lo que las sociedades capitalistas han adjudicado fácilmente a las mujeres para que puedan ejercer “su naturaleza reproductiva” sin dejar de lado la productividad, aunque esta última sea una opción más no una obligación. Esto juega con esta paradoja de la igualdad entre el hombre y la mujer, que —desde mi perspectiva— evidencia la desigualdad y la realidad que viven ambos géneros. Conjuntamente, permite conocer las otras realidades de desigualdad laboral, económica y social que las mujeres viven, las cuales han sido camufladas con el lema capitalista de igualdad laboral.

Al mismo tiempo, esta vinculación entre el trabajo doméstico y el asalariado tiene la finalidad de entender que la esfera privada es el lugar donde se le cuida y atiende a quien se dedica al trabajo productivo —en su mayoría los hombres—. Las mujeres se encargan del trabajo de cuidado en el hogar, aunque a veces también participan en el trabajo productivo. Esta situación refuerza la idea de que las tareas domésticas no tienen valor.

Desde el punto de vista de la perspectiva de género, West y Zimmerman en 1987 sostienen que “las normas de género hegemónicas estipulan que las mujeres deben realizar la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado para reafirmar su feminidad, mientras que los hombres deberán realizar menos para mantener su masculinidad” (citados en Sagastizabal y Legarreta, 2016, p. 11).

En tal sentido, Coltrane precisa que el “trabajo doméstico se guía a través de las normas masculinas, el trabajo de cuidados se guía por las femeninas” (citado en Sagastizabal y Legarreta, 2016, p. 11). Por lo tanto, es el desempeño del trabajo doméstico donde el hombre pierde su masculinidad, en tanto que la mujer al no desempeñar el trabajo de cuidado pierde su feminidad.

De manera semejante, Lamas (1996) añade que es en el espacio privado del hogar donde las mujeres refuerzan su rol de género afirmando su identidad

femenina, situación que cambiaría si los hombres se implican más con las tareas domésticas-familiares quitando las normas de género.

La pandemia vino para retroceder lo ganado en cuestión de la desigualdad laboral, pero también vino a mostrar las desigualdades que la sociedad no había considerado —hablando del trabajo doméstico—. Asimismo, evidenció la situación de la doble jornada que las mujeres día con día deben realizar —justificando estas actividades por su feminidad, por la biología o por la necesidad del capitalismo de alguien que cuide a la mano de obra—, quitándoles tiempo que pudieran dedicarse a actividades que les pudiera ayudar a relajarse o distraerse durante la cuarentena. Esperemos que estas circunstancias permitan la creación de un cambio para la representación y los roles que la mujer tiene que ejercer en la sociedad.

En conclusión, la pandemia de la COVID-19 ha supuesto un gran desafío para la conciliación de la vida laboral y familiar, especialmente para las mujeres, que han tenido que asumir una mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados. En este contexto los roles de género, el *home office* y la división sexual del trabajo han influido en la experiencia de la conciliación durante la crisis sanitaria, es decir que la conciliación ha sido una fuente de estrés, ansiedad y frustración para las mujeres, que han tenido que hacer malabares para atender las demandas laborales y familiares. Esta persistencia de los estereotipos de género y una falta de corresponsabilidad por parte de las parejas y las empresas, dan a entender la necesidad de implementar medidas que promuevan la igualdad de género y la conciliación efectiva en el ámbito laboral y familiar.

3.2.1 Las diferencias epidemiológicas de salud mental en mujeres y hombres durante la pandemia.

La pandemia evidenció los estragos con la salud mental, pues no solo la COVID-19 afectó la salud física, sino también la mental, de acuerdo con investigaciones y organismos internacionales (ONU, 2021). Estos han confirmado que la crisis por la pandemia favoreció que aumentara la prevalencia de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales.

En la investigación de Cénat et al. (2021), se compararon los datos de diferentes países como Perú, España, China, Estados Unidos, Irán, entre otros y

se encontró que los índices en los problemas de salud mental aumentaron. Por un lado, está la depresión, la cual aumentó un 16% y, por otro lado, la ansiedad, la cual incrementó un 15% más de lo esperado.

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a), en un estudio respecto al acceso de los servicios de salud mental, en el cual se abarcó a 130 países, se descubrió que la pandemia obstaculizó hasta un 93% los servicios de salud mental en distintos países. Esto se debió a que al incrementar la demanda en el servicio los hospitales se vieron sobrepasados, por lo que se concluyó que era prioridad el incremento al financiamiento de la salud mental en los servicios de salud de cada país (cabe mencionar que antes de la pandemia se le destinaba solo el 2% del presupuesto nacional de salud, a la salud mental). A pesar de todo, se siguen exhibiendo deficiencias al atender a la población, situación que con la pandemia se exacerbó.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022c) menciona que el aislamiento, el duelo, el miedo a la pérdida de algún ser querido o de la pérdida de ingreso económico, ha ocasionado el aumento de los problemas de salud mental, como lo afirma el Dr. Adhanom director general de la OMS, quien mencionó que “una buena salud mental es fundamental para la salud y el bienestar general”.

Está claro que la COVID-19 paró los servicios de salud mental cuando más eran necesarios, lo cual ha ejercido presión a los gobiernos para actuar con rapidez por medio de programas y políticas de salud mental, al mismo tiempo de reasignar recursos para los planes de respuesta y recuperación (OMS, 2020a).

Bajo este marco, la OMS (2020b) declaró la importancia de agregar al sector de la salud mental más presupuesto, dado que en el curso y posterior a la pandemia se elevó la demanda a los servicios de salud mental a nivel nacional e internacional. Lo anterior en vista de que, si no se apuesta a la atención oportuna, esto dará una crisis en la atención a los problemas mentales por el insuficiente presupuesto a la salud mental y la deuda sanitaria que se debe resolver.

La pandemia ha incrementado los problemas de salud mental, pues los más vulnerables son los que se encuentran en situaciones socioeconómicas desfavorables, así como las personas con algún trastorno mental previo. La ONU (2022) señaló que durante la pandemia las enfermedades mentales crecieron más entre las mujeres que entre los hombres, es decir que el 10% de las mujeres y el

6% de los hombres siguen sintiéndose mucho más deprimidos o infelices que habitualmente (EFE, 2021).

En el año 2015, en un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017a) se estimó que:

La depresión representó el 4.4% de la población mundial que presenta algún trastorno de depresión, es decir, 322 millones de casos. De estos, el 5.1% eran mujeres y el 3.6% fueron hombres. Esto indica que la depresión es un problema de salud mental importante en todo el mundo y afecta a una proporción significativa de la población. Por otro lado, se estimó que el 3.6% de la población mundial presentaba trastorno de ansiedad, lo que equivale a 264 millones de personas. La ansiedad resulta ser más común en mujeres que en hombres con una discrepancia de 4.6% en mujeres y 2.6% en hombres.

Finalmente, en el año 2020 los casos de ansiedad y depresión aumentaron en todo el mundo, en un estudio publicado por “The Lancet” Santomauro et al. (2021) concluyeron que a nivel mundial hubo un aumento de hasta 76 millones de casos adicionales de ansiedad y 53 millones de depresión adicionales de lo que se esperaba. Dicho estudio demostró que el 35.5 millones de mujeres a nivel mundial presentaron depresión, lo que significó un aumento representativo en comparación con los hombres, con solamente 17.7 millones de casos adicionales de depresión (Santomauro et al., 2021).

Por otro lado, así como a nivel mundial, en México se presentó un aumento en los casos de ansiedad y depresión, como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015 la prevalencia de depresión fue de 4.2% de la población —o sea 4,936,614 casos—. Para el trastorno de ansiedad, fue de 4,281,809 casos —es decir el 3.6% de la población— (OPS, 2017a).

De igual modo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (ENBIARE, 2021), informó que el 50.6% de la población mexicana presentó ansiedad. En particular, el 56% de las mujeres presentaban ansiedad y el 44.7% hombres.

También, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía informó que el 15.4% de la población mexicana mostró síntomas de depresión. En concreto, el 19.5% eran mujeres y el 10.7% hombres con síntomas de depresión (ENBIARE, 2021). Por otra parte, en la Ciudad de México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía comunicó que el 12.5% de la población capitalina presentaba depresión. En específico, el 8% eran hombres y el 16% mujeres (ENBIARE, 2021).

Igualmente, en el periodo 2021, la Ciudad de México tuvo el 47.2% de la población con ansiedad. Particularmente, el 49% eran mujeres y el 44% hombres que presentaron algún síntoma de ansiedad (ENBIARE, 2021). Evidentemente la pandemia incrementó los índices de ansiedad y depresión en la población mexicana, a causa del confinamiento, el miedo a padecer COVID-19, de perder alguien familiar y de perder el trabajo.

La pandemia evidenció las desigualdades de género y la sobrecarga de trabajo —por las tareas asignadas al género— que viven las mujeres y que al final perjudicó su salud mental. Por esta razón, es importante establecer estrategias, estadísticas y políticas de salud mental que proporcionen resultados con perspectiva de género, con la finalidad de conocer el contexto de cada mujer y el porqué de que el aumento de ansiedad y depresión sea más frecuente en mujeres que en hombres.

Para concluir, las diferencias epidemiológicas de salud mental en mujeres y hombres durante la pandemia son un tema de gran relevancia social y científica. La pandemia ha supuesto un desafío para la salud mental de la población, al generar situaciones de estrés, aislamiento, incertidumbre y pérdida. Sin embargo, no todas las personas han vivido estos efectos de la misma manera, sino que existen factores de vulnerabilidad y protección que influyen en la respuesta psicológica ante la crisis sanitaria. Entre estos factores, el sexo y el género juegan un papel importante, al determinar las condiciones de vida, las expectativas sociales y los roles que desempeñan mujeres y hombres en la sociedad. Estas diferencias epistemológicas deberían ser un punto de partida para la creación de políticas públicas en salud mental desde una perspectiva de género.

3.3 El impacto de la COVID-19

Como punto de partida en esta sección se estudiará el impacto de la pandemia de la COVID-19 en los individuos, de modo similar las consecuencias en salud mental en la población mexicana. Indudablemente, la COVID-19 fue abrumadora, en vista del aislamiento social vivido en los primeros seis meses de haber iniciado.

Probablemente durante los primeros seis meses al año, las personas vieron sus rutinas alteradas por el cambio en el estilo de vida. Además de experimentar la inseguridad de la economía, lo que ha generado un efecto catastrófico en la salud mental de los individuos. Es posible que desde el inicio de la pandemia estemos actuando en modo de crisis.

Desde el punto de vista del director del centro de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OPS, para Latinoamérica no solo fue enfrentarse a la pandemia, sino también al miedo de perder a algún ser querido, a la pobreza, el desempleo, la inseguridad económica y alimentaria.

Igualmente, la pandemia colaboró con la reincidencia y el incremento de síntomas de alguna enfermedad mental en sujetos con alguna condición previa. Dicha cuestión coloca a estas personas en una situación de exposición al virus y al deterioro de su salud mental (Tausch et al., 2022).

Por otro lado, las investigaciones realizadas sobre “El Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental” informa que los trastornos más reportados son el estrés, depresión, apatía, insomnio, irritabilidad, trastornos de estrés postraumático, agotamiento emocional, ira y problemas emocionales (Broche-Pérez et al., 2020), esto parte de las secuelas de la realidad que los habitantes han tenido que enfrentar durante la COVID-19. Este texto es un resumen de las experiencias y emociones que se compartieron durante la pandemia. Es un testimonio de nuestra fortaleza y resiliencia ante una situación sin precedentes (Ballerka Lasa et al., 2020).

Del mismo modo, estas investigaciones estudiaron el aumento específico de catorce trastornos mentales en pacientes sobrevivientes al COVID-19. Como lo señala Caeme (2021) los trastornos con mayor frecuencia fueron los siguientes:

- Trastornos de ansiedad: 17%
- Trastornos del estado de ánimo: 14%
- Abuso de sustancias: 7%

- Insomnio: 5%
- Accidente cerebrovascular: 2,1%
- Trastorno psicótico: 1,4%
- Hemorragia intracraneal: 0,6%
- Demencia: 0,2%
- Parkinson: 0,11%

En el caso particular de México, de acuerdo con Rodríguez-Hernández et al. (2021), durante la COVID-19 se descubrió que de 1,667 pacientes de una edad media de 34 años las patologías frecuentes durante la pandemia fueron la depresión (36.3 %), ansiedad (37.7 %), el insomnio (11.9%) y trastorno obsesivo compulsivo (4.2%) —siendo las dos primeras las que se estudiaron en la presente investigación—.

Otra característica de la población mexicana es que predomina un nivel socioeconómico medio-bajo, cuestión que influye en el aumento de los trastornos mentales —los cuales se han visto que incrementaron por el abuso de sustancias y condiciones neurológicas graves durante y después del primer año de contingencia sanitaria— (Morales-Chainé, 2021). Debido al panorama que vivió México durante la pandemia, la atención a la salud mental fue limitada, por lo que exacerbó los problemas en salud mental por el poco acceso a los servicios de salud.

La preocupación por la salud mental de las personas provocó que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su último Atlas de Salud Mental, llamará la atención a los gobiernos en el mundo para colocar su atención en la necesidad de incrementar de forma drástica la inversión —siendo que para el 2014 dicha inversión fue del 41% y para el 2020 fuera del 52%— en salud mental (OMS, 2021).

Según Rodríguez-Hernández et al. (2021), la pandemia tuvo un impacto negativo no solo en la salud física, sino también en la salud mental de la población mexicana. Esto provocó que se incrementará la necesidad de atención sanitaria, tanto para las personas que ya sufrían trastornos mentales como para las que experimentaron los efectos psicológicos de la crisis sanitaria. En resumen, la salud mental ha sido relegada a un segundo plano en comparación con la salud general,

lo que se evidencia en la decisión del gobierno de priorizar la salud física sobre la mental, durante la COVID-19⁵⁶.

Finalmente, el impacto de la COVID-19 en la salud mental ha sido significativo y preocupante. La pandemia provocó un aumento de los niveles de estrés, ansiedad, depresión, soledad y aislamiento social entre la población. Además, afectó la calidad del sueño, la alimentación, el ejercicio físico y el bienestar emocional. Estos factores pueden tener consecuencias negativas a corto y largo plazo en la salud mental de las personas, especialmente de los grupos más vulnerables como los sanitarios, los ancianos, los niños, niñas y los adolescentes. Por ello, es necesario implementar medidas de prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud mental derivados de la COVID-19, así como promover hábitos saludables y redes de apoyo social que ayuden a afrontar esta situación.

3.4 Aportaciones en el desarrollo de las políticas públicas, el género y la relación con la salud mental por la pandemia COVID-19

En este apartado se examinan las políticas públicas desde la perspectiva de género y los roles sociales, Saraceno (2011) declara que las políticas pueden iniciar desde un enfoque de igualdad en las políticas de permisos parentales las cuales tendrían el propósito de alentar a los padres al cuidado de un hijo o hija. Por el contrario, Besarez Silva et al. (2014) indican que además del gobierno, las empresas deben establecer políticas en la que ambos géneros puedan conciliar la familia y el trabajo, lo mencionado hasta aquí tiene el fin de evitar la doble jornada en mujeres.

Thompson y Prottas (2016), señalan que a nivel empresarial se deberían establecer políticas que motiven a la conciliación de la vida familiar, personal y laboral, con la finalidad de proporcionar a los trabajadores de un entorno que les provoque satisfacción en estas distintas áreas. En consecuencia, dichas políticas permitirán el aumento de la motivación y la producción, debido a la satisfacción

⁵⁶ Tal y como se lo menciona Hernández Temis (2022)

laboral y al bienestar personal y familiar, lo que provocaría un mayor compromiso laboral.

En consecuencia, las políticas del gobierno junto con las políticas laborales, empresariales o de las organizaciones deben forjar beneficios en la salud física y mental. Al mismo tiempo Lefrançois et al. (2017) precisan la importancia de establecer políticas que estimulen la conciliación de trabajo y familia, puesto que los resultados serían más positivos para las mujeres no solo a salud física, sino en la mental, ya que eliminaría o reduciría la carga mental y laboral que ha sido asignada al género.

Al referirnos a las políticas públicas con perspectiva de género es imprescindible llevar a cabo programas y acciones que reduzcan estas desigualdades de sexogénericas, dichas políticas deben lograr primero que el estado reconozca estas desigualdades sexogénericas, puesto que las mujeres son las más perjudicadas (Hogenboom, 2021; ONU Mujeres, 2022; Viéitez, 2020). En segundo lugar, establecer las políticas con perspectiva de género en todas las esferas e ir modificándose debido al contexto donde se implementen⁵⁷. Posiblemente, estas políticas permitirán hacerle frente a la carga de trabajo en las mujeres, las cuales se intensificaron durante la pandemia.

De acuerdo con lo anterior, se deben establecer políticas que incorporen acciones con el fin de prevenir, promocionar y rehabilitar a las personas con problemas de salud mental. Además de eliminar o modificar los roles sociales asignados a los géneros, pues estos tienen mucho que ver con el aumento de casos de ansiedad y depresión en mujeres (Berenzon et al., 2013).

En cuanto a las políticas de salud mental, esta debe estar incluida en la agenda de salud pública con una perspectiva de género y debe incluir el tratamiento preventivo, farmacológico y psicoterapéutico en cualquier trastorno mental (Berenzon et al., 2013).

El propósito de establecer en la agenda de salud pública a la salud mental desde una perspectiva de género es que la salud mental, como se ha ido mencionando es un aspecto fundamental para el bienestar de las personas y las sociedades. Sin embargo, existen múltiples factores que pueden afectar de manera

⁵⁷ Es imperativo que las políticas estén ubicadas en todos los contextos —familiar, laboral, salud, empresarial, económico, ...—, del mismo modo es urgente tomar en cuenta desde una visión de género la condición socioeconómica de cada mujer y la zona geográfica (Pérez Ramos et al., 2021).

negativa, entre ellos, las desigualdades y discriminaciones basadas en el género. Por ello, es necesario incorporar una perspectiva de género en la agenda de salud pública, que reconozca las necesidades específicas y los derechos de las mujeres en materia de salud mental. Así, se podrá promover una atención integral, inclusiva y respetuosa, que contribuya a prevenir y reducir el impacto de los problemas de salud mental en estos grupos poblacionales.

También, se debe incorporar un enfoque desde cada zona demográfica y de contexto. En esta perspectiva se deben establecer políticas conforme a las necesidades y desigualdades de la población, y en especial de las mujeres que viven en estas áreas (ONU-Mujeres, 2020).

Es decir, es necesario establecer en la agenda de salud pública a la salud mental desde una perspectiva de zona demográfica y de contexto, que reconozca las diferentes necesidades, recursos y desafíos que enfrentan los grupos poblacionales según su ubicación geográfica, su nivel socioeconómico, su cultura y su historia. De esta manera, se podrían diseñar e implementar intervenciones más efectivas, equitativas y participativas, que promuevan la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas de salud mental, así como el respeto a los derechos humanos de las personas afectadas.

Los gobiernos locales, municipales y federales deben incorporar estos enfoques (perspectiva de género, de contexto y de zona geográfica) en las políticas de salud mental, debido a que no es lo mismo las desigualdades y necesidades que enfrentan las mujeres de una zona urbana y rural.

Serrano Oswald (2019) argumentó que la perspectiva de la mujer en el desarrollo puede aportar ideas en la planeación y gestión de los recursos de las regiones y la creación de políticas públicas. En México la Agenda Regional de Género ha participado en distintos países con el fin de establecer los derechos de las mujeres en distintas temáticas, con el fin de eliminar las desigualdades de género. Por su parte, el INMUJERES se ha comprometido a crear políticas desde la perspectiva de género para promover avances en nuestra sociedad.

Sin embargo, los avances en la conciliación de las esferas públicas y privadas han sido pocas —aun cuando la ley protege a las mujeres embarazadas de no perder su trabajo, no le da la facilidad a conciliar su vida familiar con la

laboral—, pues la Ley Federal del Trabajo no cuenta con ningún lineamiento en el tema de las responsabilidades familiares de los trabajadores.

Bajo esta perspectiva Vargas Jiménez y Pérez Ramos (2018, p. 59) añaden que:

En los últimos años se ha presenciado una gran revolución ideológica, y organismos internacionales han buscado medios para acelerar el proceso de la equidad de género y todo lo que esto conlleva. Y aunque en la actualidad hay muchas políticas que luchan por la inclusión de las mujeres a la esfera pública, son prácticamente nulas las políticas que buscan incluir a los hombres en la esfera privada/doméstica.

En este sentido, al no establecer políticas que busquen promover la conciliación de familia-trabajo en las mujeres y el no fomentar la participación de los hombres en la esfera privada, afecta más la salud mental de las mujeres. Por esta razón estas políticas deben buscar la vinculación de ambas esferas, en primer lugar, desde las políticas de las empresas al buscar una real igualdad de género. En segundo lugar, con políticas gubernamentales en las que el hombre pueda ejercer sus responsabilidades parentales —tal es el caso de la licencia de paternidad⁵⁸ (aunque esto no supone que realmente apoyen al cuidado del neonato) —.

En relación con este tema, las medidas que buscan equilibrar el reparto de obligaciones en los ámbitos domésticos en México son todavía insuficientes, ya que hasta ahora solo se cuenta con la licencia por paternidad, la cual está enfocada en el acompañamiento durante el posparto y la lactancia, a pesar de que los hijos e hijas atraviesan más fases y experimentan otras situaciones en las que las medidas deberían contemplar y diseñar a favor de las mujeres (Ramos-Lira, 2014).

Como se ha revisado en este y en los capítulos anteriores las mujeres presentan un mayor riesgo de padecer ansiedad y depresión, por la carga de

⁵⁸ La licencia de paternidad se encuentra en el artículo 132, fracción XXVII Bis, de la Ley Federal del Trabajo (LFT) el cual establece la obligación del patrón de otorgar una licencia de paternidad de cinco días laborables con goce de sueldo a los hombres que trabajan al momento de que nace su hijo o hija (CNN, 2019; Krauss, 2022).

responsabilidades, de trabajo y la inequidad social, de manera que resulta imposible y difícil que las mujeres puedan conciliar las responsabilidades de la esfera pública y privada. Probablemente este sea un punto de referencia para establecer políticas con la eliminación o modificación de los roles de género en la esfera privada y pública, para realmente poder ver esta igualdad de género.

En resumen, la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en el desarrollo de las políticas públicas, el género y la salud mental de las personas. En este texto, se analizaron algunas de las aportaciones que se han realizado desde diferentes ámbitos para hacer frente a estos desafíos. Se destacó la importancia de incorporar la perspectiva de género en el diseño e implementación de las medidas sanitarias, sociales y económicas, así como de promover la participación activa de las mujeres en los espacios de toma de decisiones.

Asimismo, se reconoce el papel fundamental de la salud mental como un derecho humano y un factor clave para el bienestar individual y colectivo, se plantean algunas estrategias para fortalecer su atención y prevención en el contexto actual. Finalmente, se reflexiona sobre la necesidad de generar conocimiento e innovación que contribuya a mejorar la calidad de vida de la población y a reducir las brechas de desigualdad que se han agravado por la crisis sanitaria.

Capítulo 4. Depresión

En el mismo contexto de la salud mental, se hablará acerca de la depresión ya que durante la pandemia fue uno de los problemas de salud pública y mental, no solo en México sino en la población mundial.

Para iniciar, se hablará del síndrome de depresión. Primero, tenemos que hablar de su etiología, la cual es compleja, pues incluye aspectos genéticos, biológicos y psicosociales. Los aspectos genéticos están vinculados a las diferencias genéticas sexuales entre el hombre y la mujer.

En un estudio de la revista *American Journal of Medical Genetics* (Maher et al., 2002) se demostró que dichas diferencias hacen que las mujeres sean más propensas a la depresión, específicamente, en lo que se refiere al cromosoma 19, el cual se asocia a la depresión mayor. Además, se identificaron 16 genes que se vinculan con la depresión en hombres y mujeres, pero no en ambos sexos, puesto que se trata de los llamados genes específicos de los sexos. Esto significa que la discrepancia en los síntomas y el desarrollo de la depresión es distinta en hombres y mujeres. Por ello, se requiere distinto tratamiento, lo que permitirá que se desarrollen fármacos adecuados para cada sintomatología.

Por un lado, las investigaciones de parte de la psiconeuroinmunología han permitido conocer que los factores biológicos de la depresión están relacionados con el sistema nervioso central, el endocrino y el sistema inmunológico. Por lo tanto, cualquier alteración en la hipófisis y el hipotálamo suprarrenal crean una reacción en cadena asociada por los neurotransmisores, como la serotonina y el sistema inmunológico, los cuales crean este síndrome depresivo (Torrades Oliva, 2004a).

Por otro lado, los factores psicosociales, cuando estos generan alguna situación estresante —como un problema personal, financiero o familiar, por ejemplo, una pérdida—, pueden desencadenar algún episodio de depresión (Torrades Oliva, 2004a). Todos estos factores permiten asegurar que la depresión es un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias con síntomas específicos. Tales enfermedades se relacionan con cambios somáticos, conductuales, cognitivos y psicológicos negativos (Enrique. Rojas, 2006).

Antes de ingresar a la definición de depresión, hay que tener en cuenta que las definiciones utilizadas el día de hoy son aceptadas por la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE), la OMS, la PAHO y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), sin dejar de lado a autores que desde esas instituciones crean una definición propia.

Para Thompson (2020, p. 5) la depresión va más allá de sentirse triste o desanimado, sino que este síndrome afecta los pensamientos, sentimientos, comportamientos; es decir, afecta la salud mental y por consiguiente la salud física. En otras palabras, la depresión limita al sujeto de gozar de una calidad de vida óptima.

De igual manera, la depresión según la Secretaría de Salud (2015) es la perturbación del ánimo de la persona que tiene consecuencias en su sentido de la vida. Los síntomas que caracterizan a la enfermedad son los sentimientos de soledad, de desesperanza, de culpa, de impotencia o desinterés frente a las situaciones estresantes de la vida, de irritabilidad, pensamientos de muerte y apatía hacia las actividades diarias. Asimismo, los síntomas cognitivos y somáticos son la dificultad para concentrarse, disminución de la memoria, cansancio, cefaleas, alteraciones del sueño, entre otros.

La OMS (2017, p. 7) define los trastornos depresivos como aquellos que poseen como distintivo principal la tristeza, sentimiento de culpa, baja autoestima, pérdida de interés por disfrutar la vida, dificultad de conciliar el sueño y falta de apetito. Depende de la intensidad y tipología de los episodios depresivos, será el grado de depresión que tiene la persona. En pocas palabras, la depresión es el tono afectivo de tristeza que se observa cuando una persona ha perdido interés por la vida, es decir, cuando dicha persona es incapaz de sobrellevar las situaciones que suceden día con día.

Desde una perspectiva de género, la depresión expone cómo las diferencias sexuales femeninas (progesterona y estrógenos) juegan un papel importante a nivel del sistema nervioso, particularmente, para que ciertos estadios hormonales se relacionan a los síntomas asociados al trastorno depresivo, pues muchas investigaciones argumentan que las diferencias de género en los índices de depresión se deben a la diferencia somática de un fenotipo diferente. Por lo tanto, se debe reestructurar y estudiar las atribuciones a la depresión desde las características de las mujeres, por ejemplo, el ciclo de reproducción y el ciclo

hormonal (Zarragoitia Alonso, 2013). Es decir, los trastornos mentales no cuentan con perspectiva de género, en el momento que se realizó la presente investigación.

Por otra parte, los síntomas y signos más frecuentes de la depresión son los sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, vacío, desesperanza, pesimismo, irritabilidad, frustración o intranquilidad, culpabilidad, inutilidad o impotencia, pérdida de interés o placer en las actividades y los pasatiempos, fatiga, disminución de energía o sensación de que se es más lento, dificultad para concentrarse, recordar, tomar decisiones, dificultad para dormir —es decir, despertarse temprano en la mañana o dormir demasiado—, cambios en el apetito, bajar de peso sin planearlo y tener intentos de suicidio o pensamientos sobre la muerte (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2021).

Respecto al diagnóstico, se lleva a cabo a partir de que la persona muestra al menos 5 síntomas todos los días por dos semanas (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2021). El síntoma característico para un diagnóstico previo es el estado de ánimo bajo, con una tristeza constante, con sentimientos o sensaciones de inutilidad, las cuales van ligada en su mayoría con pensamientos de suicidio o muerte.

Desde la perspectiva de género, la sintomatología de la depresión está ligada a características emocionales, el estado anímico y la sensibilidad. Por ello, esta sintomatología suele vincularse con las mujeres y con lo femenino. Por lo tanto, se crea un sesgo diagnóstico asociado al género. Existen diferentes tipos de depresión, sin embargo, los más frecuentes son la depresión mayor y los trastornos depresivos persistentes. La clasificación de acuerdo con Strange y Francis (1993) va desde depresión severa, depresión moderada, depresión leve y manía.

En la actualidad, existen teorías que explican la etiología de la depresión. Por ello, se recurrirá a la teoría cognitiva de Beck et al. (2010), pues aseveran que la depresión es resultado de una interpretación de acontecimientos o situaciones erróneas de parte de la persona que tiene que hacerle frente. Esta teoría está basada en 3 conceptos básicos —triada cognitiva—.

El primer componente es la visión negativa del sujeto de sí mismo y de su entorno, el segundo es la interpretación de la experiencia de modo negativo y el tercero es la visión acerca del futuro. Este último componente, se refiere a, cuando

la persona con depresión planea su futuro, tiende a anticipar las dificultades o el sufrimiento que vendrá.

Si bien existen más modelos que explican los trastornos depresivos, este es el que más ha conciliado con las definiciones propuestas, dado que la depresión no es únicamente un factor genético sino una disfunción cognitiva que afecta el estado anímico del sujeto, la forma en que ve la vida y su entorno.

La epidemiología de la depresión a nivel mundial aumentó un 28% debido a la pandemia⁵⁹ (Santomauro, Mantilla Herrera, Shadid, Zheng, Ferrari, et al., 2021). En México, los datos de depresión previo a la pandemia, el INEGI (2020b) documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. Del mismo modo, la ENBIARE (2021)⁶⁰, muestra que las mujeres presentaban una proporción un tanto más alta, pues el número de mujeres que presentaban síntomas depresivos equivalía al 19.5%.

Las cifras expresan una baja en el número de habitantes con depresión, pero sigue estando presente el aumento desmedido de depresión en mujeres con lo que se puede concluir que el trastorno de depresión es el doble en mujeres que en hombres. No obstante, tenemos que hacernos preguntas adecuadas para conocer el porqué. Esto podría deberse, por un lado, a las diferencias sexuales —por ejemplo, hormonales— o, por el otro, a las diferencias en cuestiones de género —por ejemplo, los roles sociales de género en el contexto de México— que se comentan en estudios previos. Igualmente, a su relación con el transcurso de la enfermedad y asimismo por la falta de perspectiva de género desde la clasificación del trastorno, la recolección de datos y las estadísticas presentadas por parte del gobierno.

Para finalizar, la depresión no es solo una enfermedad que afecta a la persona, sino también a su familia y a las personas más cercanas. Además, puede que coloque a la persona en una situación que amenace contra su vida. Al mismo tiempo, la pandemia aumentó este síndrome y ha contribuido a que más población quede expuesta ante esta enfermedad, pues, al no poder salir y socializar como se

⁵⁹ En el año 2019 —previo a la pandemia—, Moitra et al. (2022) estiman que 280 millones de personas padecían depresión

⁶⁰ La llamada Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE), fue el primer informe con ansiedad y la clasificación de síntomas de ansiedad y depresión.

acostumbraba creó una situación de duelo que provocó la depresión. También en personas que ya padecían este trastorno, la pandemia fue el incidente que incitó a un mayor grado de depresión, ya fuera por la situación o por no tratarla oportunamente.

4.1. Concepto y clasificación de la depresión según el DSM

El objetivo de este apartado es definir la depresión y su tipología de acuerdo con la Guía de Consulta de los criterios Diagnósticos del DSM⁶¹. Por un lado, está el DSM que desde la perspectiva de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) define a la depresión como una tristeza de una duración e intensidad conveniente para afectar la funcionalidad de la persona, disminuir su interés hacia la vida y sus actividades. Aún no se conoce la causa exacta de este síndrome, pero afecta la función y concentración de neurotransmisores, en específico, en la función neuroendocrina.

El DSM menciona los principales síntomas para los trastornos. De igual modo, la cuarta y quinta edición del DSM⁶², clasifica los trastornos depresivos mediante los síntomas y las tres D —la duración, la discapacidad y el diagnóstico—.

Tabla 2 Clasificación de la depresión de acuerdo con el DSM

Tipos de episodios del estado de ánimo	Características.
Trastorno de depresión mayor.	Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.
Trastorno depresivo persistente (distimia).	Es la agrupación del trastorno de depresión mayor crónico y trastornos distímicos.

⁶¹ DSM son las siglas para el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales)

⁶² Asociación Americana de Psiquiatría., 2013

	<p>Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor.</p>
<p>Trastorno disfórico premenstrual</p>	<p>En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, se empieza a mejorar los síntomas después de iniciada la menstruación y se minimizan o desaparecen en la semana después de la menstruación.</p>
<p>Trastorno Depresivo Inducido por sustancias o medicamentos</p>	<p>Caracterizado por una prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, medicamento o tratamiento somático para la depresión.</p>
<p>Trastorno depresivo debido a alguna afección médica.</p>	<p>Caracterizada por una prolongada alteración del estado de ánimo a causa de una enfermedad médica.</p>
<p>Trastornos depresivos especificados</p>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominen los síntomas característicos de la depresión que causa malestar significativo y un deterioro en lo laboral, social y otras áreas de importante desempeño.</p>

Trastornos depresivos no especificados	Son trastornos con características depresivas pero que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estados de ánimos mixto ansioso y depresivo.
---	--

Nota. (Asociación Americana de Psiquiatría., 2013; Morrison, 2015)

El diagnóstico para el trastorno de depresión se divide de acuerdo con los criterios que debe cumplir los cuales son:

- Criterio A. La presencia de cinco o más síntomas durante un periodo de dos semanas. La principal característica debe ser el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés por las actividades que antes le gustaban.
 - El estado de ánimo de la persona es descrito como deprimido, triste, desesperanzado o desanimado.
 - Los sujetos expresan que se encuentran menos interesados por sus aficiones o intereses que antes les gustaba.
 - El cambio del apetito —pérdida o ganancia de peso sin planear—.
 - Alteración en el ciclo del sueño.
 - Cambios psicomotores, agitación o entumecimiento.
 - Falta de energía, cansancio y fatiga.
 - Sentimiento de culpa, inutilidad por hechos o errores en el pasado.
 - Falta de concentrarse, pensar o tomar decisiones.
 - Recurrencia en los pensamientos de muerte, la ideación o tentativas suicidas.
- Criterio B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes.

- Criterio C. el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afectación médica.
- Criterio D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Criterio E: Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

En conclusión, el DSM es un manual de referencia para el diagnóstico de los trastornos mentales, basado en una clasificación de los síntomas y criterios. Su uso facilita la identificación y el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas, aunque no contempla el papel de la biología y el contexto sociocultural de la mujer en la salud mental. Por eso, el DSM es un instrumento útil pero limitado, que requiere una revisión y actualización constante⁶³.

4.2. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

En cuanto al PHQ-9 es uno de los instrumentos para detectar los trastornos de depresión y su gravedad. Cuenta con reconocimiento internacional, lo que permite monitorear fácilmente la respuesta al tratamiento (Löwe et al., 2006). Además, es un instrumento de fácil interpretación, cuyo uso es indicado para pacientes de atención primaria.

Del mismo modo, el PHQ-9 —llamado en español Cuestionario de la Salud del Paciente— examina y verifica los síntomas depresivos compuesto por 9 reactivos. Esta herramienta tiene un alfa de Cronbach de 0.89, un valor de correlación de .84, una sensibilidad del 88% y una especificidad de 88% (Kroenke et al., 2001b). Los resultados arrojados pueden ser útiles para diagnosticar depresión, junto con los criterios dados por el DSM.

⁶³ Varios autores han criticado al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) derivado a que considera a los hombres con una salud mental saludable, por otro lado, clasifica la salud mental de las mujeres como poco, nada saludable o inestable (Bacigalupe et al., 2020b; Echeburúa et al., 2014; Martin et al., 2013).

Capítulo 5. Ansiedad

La ansiedad y los trastornos de ansiedad (TA) constituyen uno de los principales problemas de salud mental junto con la depresión en la población mundial, pues desencadena el sufrimiento y la discapacidad en las esferas sociales y económicas. A pesar de que la ansiedad es una reacción normal ante situaciones inminentes, cuando suceden estas reacciones perturban el equilibrio del sujeto y son diarias se denomina ansiedad patológica (Delgado et al., 2021).

La ansiedad es definida de distintas formas por autores, pero en su mayoría siempre conservan el miedo a una pérdida o daño. En primer lugar Sierra et al. (2003) definen a la ansiedad como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futura —sin saber o estar seguros de que eso sucederá—. En virtud de lo cual Beck et al. (2005) mencionan que la ansiedad va ligada a la comprensión del sujeto basado en falsas suposiciones. Del mismo Lang et al. (2000) plantean a la ansiedad como una respuesta dada por la persona ante momentos que son interpretados como peligrosos o amenazantes.

En otras palabras, el sobre análisis de la situación como peligrosa es la causa del poco control que se tiene de las situaciones de la vida, lo que provoca dificultades al momento de confrontar cualquier situación o actividad cotidiana. Además, la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo (Fernández López et al., 2012). Es decir, que la ansiedad alude a un estado de inquietud por la anticipación de peligro o catástrofes, y está compuesta por distintos síntomas cognitivos y fisiológicos, entre los que destacan emociones como tristeza, inquietud y tensión corpórea. Además, de síntomas psicofisiológicos como taquicardia, diaforesis y disnea (García Simón, 2007).

Dentro de los estudios cognitivos para explicar la ansiedad recuperaremos el de Beck donde explica que el suceso no es el que provoca la ansiedad o el malestar. Más bien, es el conjunto de ideologías, creencias, rasgos de la personalidad y experiencias anteriores que determinan si la reproducción del acontecimiento será positivo o negativo. Es evidente, si es negativo se desencadenan pensamientos, emociones y estados de ánimo distorsionados. Por

ende, se altera la conducta del individuo. Esto se representa mejor en la ilustración 5.

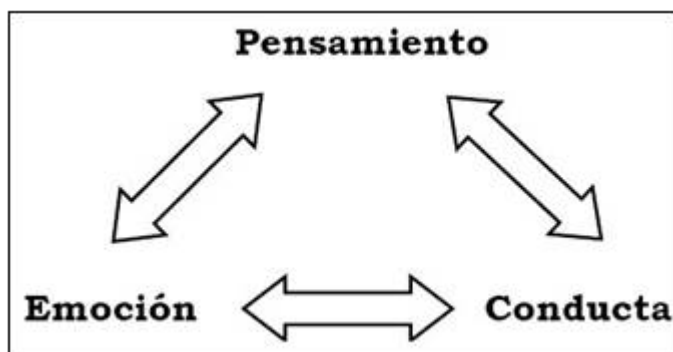


Ilustración 5. Triada Cognitiva de Aaron Beck (D. A. Clark y Beck, 2012)

La etiología de los trastornos de ansiedad aún es desconocida. Delgado et al (2021, p. 34) añaden que los Trastornos de Ansiedad “son poligénicos, sin embargo, se ven relacionados con estructuras neuronales, como la amígdala, que funcionan como centro regulador del miedo y la ansiedad”. Ahora bien, se ha observado la intervención de factores psicológicos, ambientales y clínicos, ya que existen personas que tienen crisis de ansiedad sin ser diagnosticadas todavía, he aquí que los factores ambientales como el escaso contacto con el entorno social, la pérdida de una relación, familiares o ante una situación de peligro inminente, ... pueden generar un trastorno de ansiedad o una crisis de ansiedad (Craske y Stein, 2016).

Otro rasgo de los trastornos de ansiedad es la genética pues se calcula que del 30% al 50% de los genes contribuyen a crisis o trastornos ansiosos (Torrades Oliva, 2004b). Delgado et al. (2021) consideran que los factores más importantes para los TA son los temperamentales, ambientales y sociales, dado que Williams (2017) considera que la ansiedad, así como la depresión, está ligada a la disfunción en los circuitos neuronales.

Esto se debe a que, ante situaciones peligrosas, se observaron defectos en la conectividad y activación de la amígdala —esta representa el sistema límbico y es la encargada en la reacción de la persona ante ciertas circunstancias. Cuando la amígdala es sensible puede desencadenar una crisis de ansiedad ante circunstancias no peligrosas—.

Hubo una época en la que se aseguraba que los ataques de ansiedad eran causados por la hiperventilación, en otras palabras, por el ritmo acelerado de la

respiración. Al día de hoy, se considera que los signos y síntomas más representativos de los trastornos de ansiedad son la preocupación por cosas cotidianas, problemas para controlar estas preocupaciones, estar consciente de que se preocupa más de lo que debería, tener dificultades para relajarse, falta de concentración, problemas para dormir, dolores frecuentes de estómago, cabeza, musculares, presentar —sin antecedente— temblores, tics, sudar mucho, marearse y falta de aire sin explicación (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2017). Así pues, la ansiedad, dependiendo de la intensidad y duración de los síntomas, puede afectar el rendimiento laboral, social y escolar de la persona, a tal grado de impedir que se desarrolle con normalidad.

A inicios de la pandemia, en el periodo 2020, la incidencia de ansiedad a nivel mundial aumentó a un 25% en la población⁶⁴ (Santomauro, Mantilla Herrera, Shadid, Zheng, Ferrari, et al., 2021). Actualmente, los trastornos de ansiedad siguen ocupando el primer lugar a nivel mundial junto con la depresión.

En relación con el continente americano, el segundo trastorno que más afecta a la población es la ansiedad. En México, según los datos de la OMS, se estimó que el 3.6% de los habitantes tuvieron algún nivel de ansiedad en el año 2015 (OPS, 2017b). En el año 2017, se registró que el 14.3% de los habitantes sufrieron algún trastorno de ansiedad (Senado de la República, 2017). Luego, en el año 2018, los trastornos de ansiedad causaron el 3.5% de discapacidad en los habitantes (OPS, 2018). Finalmente, en el año 2021, el 50.7% de la población mostró algún síntoma de ansiedad (INEGI y ENBIARE, 2021).

La ansiedad afecta de manera desproporcionada a las mujeres, debido a factores sociales y metodológicos. Según la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado en 2021 el 56.0% de las mujeres reportaron síntomas de ansiedad, mientras que solo el 44.7% de los hombres lo hicieron (ENBIARE, 2021). Esto implica una brecha de género de 11.3% en los trastornos de ansiedad, que requiere mayor atención e investigación.

Se debe señalar que la ansiedad, así como otros trastornos mentales, deben tener observaciones desde una perspectiva de género, pues la asignación estricta del rol femenino puede traer consecuencias en la salud mental de las mujeres. En

⁶⁴ En el 2019, —un año antes de la pandemia— Moitra et al. (2022) estimaron que 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad.

este sentido los resultados de escalas de salud mental deben interpretarse con cautela conociendo el contexto, características de personalidad y diferenciación sexual (Esteban-Gonzalo et al., 2018). Bajo esta misma línea se debería tomar en cuenta y analizar desde los roles de género el número de mujeres que tienen algún trastorno mental.

En definitiva, la pandemia de la COVID-19 creó un ambiente de incertidumbre —ya que al aparecer de manera repentina y al no conocer su duración—, provocó trastornos de ansiedad ante un futuro incierto lleno de pensamientos negativos y de situaciones fuera de nuestro control. Lo que se traduce en el alza de un 25% de casos por ansiedad durante el primer año de la pandemia según los datos reportados (OMS, 2022b).

No obstante, México no cuenta con información epidemiológica actualizada y específica de los datos o estadísticas de ansiedad —a diferencia de la depresión, pues el INEGI lleva reportes en lo que refiere a su incidencia en la población—. Pese a esto, se han escrito distintos informes del senado, así como de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para conocer los datos de la población mexicana que tiene síntomas de ansiedad.

5.1 Concepto y clasificación de los trastornos de ansiedad (TA) según el DSM.

Los trastornos de ansiedad son unos de los problemas más presentes en el primer nivel de atención a la salud. La Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) define al trastorno de ansiedad como la preocupación excesiva a varias actividades y eventos presentes durante varios días de la semana, así como meses.

Actualmente el DSM-V clasifica los trastornos de ansiedad (TA) en 11 categorías con características en común como el miedo y la angustia. En la siguiente tabla se ilustra mejor la clasificación (Asociación Americana de Psiquiatría., 2013; Delgado et al., 2021, pp. 28–29; Morrison, 2015, pp. 171–172).

Tabla 3 Clasificación de la depresión de acuerdo con el DSM

Clasificación	Características
Trastorno de ansiedad por separación.	Es el miedo o ansiedad excesiva e inapropiada dependiendo del nivel de desarrollo del sujeto concerniente a su separación con aquellas personas por las que siente apego.
Mutismo selectivo	Se caracteriza por el fracaso de hablar en situaciones sociales, ejemplo cuando alguien decide no hablar excepto con personas cercanas a él o ella.
Trastorno de pánico	Son los ataques de pánico imprevistos y recurrentes. Los ataques de pánico son la aparición intensa de miedo o malestar.
Agorafobia	Los pacientes con esta afección le temen a situaciones o lugares como ingresar a una tienda, el uso del transporte público, estar en lugares cerrados., es decir, donde se les dificulta disponer de ayuda si presentan algún ataque de ansiedad.
Fobia Específica	Caracterizado por el miedo súbito e intenso a objetos, animales o situaciones en específico.
Trastorno de Ansiedad Social.	Los individuos con este trastorno se imaginan constantemente avergonzados ante situaciones sociales como hablar, escribir y comer en público.
Trastorno por Ansiedad Generalizada	Caracterizada por la preocupación y ansiedad excesiva, a pesar de que no experimentan situaciones de pánico agudo, están constantemente tensas y se preocupan por situaciones distintas.

Trastorno de ansiedad inducida por sustancias.	Caracterizada por el consumo de sustancias que desencadenan ataques de pánico o ansiedad.
Trastorno de ansiedad atribuible a condiciones médicas.	Se caracteriza por que los ataques de pánico y los síntomas de ansiedad son provocados por alguna afección médica.
Otros trastornos específicos de Ansiedad	Cuando los síntomas característicos de los TA causan malestar significativo y deterioran el entorno laboral, escolar, social, entre otros, del sujeto.
Trastornos de Ansiedad no Específica.	Este se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más puntual.

Nota. (Asociación Americana de Psiquiatría., 2013; Morrison, 2015)

Asimismo, los criterios de diagnóstico para los trastornos de ansiedad conforme a la Asociación Americana de Psiquiatría (2013, pp. 137–138) son:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva que sucede todos los días de la semana y como mínimo 6 meses.
- B. Le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres de los seis síntomas:
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Sentirse fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño.
- D. La preocupación, la ansiedad o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social u otros ámbitos importantes del funcionamiento.

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afectación médica.
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Para concluir, el diagnóstico del DSM en el trastorno de ansiedad varía dependiendo de la edad, la genética, el sexo y la duración de los síntomas. Igualmente, se asocia a la baja calidad de vida y disfuncionamiento social. Encima, es necesario conocer que los trastornos de ansiedad tienden a ser crónicos e incapacitantes. De tal modo, se requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno para tener una mejor respuesta ante los síntomas y el síndrome.

5.2 Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

En lo que respecta a los inventarios que miden el grado de ansiedad, se usará el GAD-7 (Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada). Se desarrolló originalmente en inglés como instrumento de detección breve capaz de detectar la ansiedad (Spitzer et al., 2006a). Consta de 7 ítems usados para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas, conforme al DSM (Spitzer et al., 2006b, p. 1092). Además, este cuestionario es novedoso: por un lado, porque se tradujo en relación con el género y, por el otro, porque en algunos ítems se utilizaron términos neutros.

Por otra parte, se notificó que el cuestionario de GAD-7 tiene una confiabilidad de 0.92% y una validez de 0.83%. Por lo que sus propiedades psicométricas son óptimas para usarlas. El instrumento está puntuado en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, los cuales van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días) (Camargo et al., 2021, p. 6).

Por último, los ítems GAD-7 incluyen el nerviosismo, la incapacidad para dejar de preocuparse, la preocupación excesiva, la inquietud, la dificultad para relajarse, la irritación constante y el miedo a que suceda algo terrible (N. Williams, 2014).

Capítulo 6. Metodología

En este capítulo se desarrolló la metodología que se utilizó en la presente investigación. En primer lugar, se exponen las descripciones de las zonas a estudiar, posteriormente la metodología usada y el diseño de investigación, en segundo lugar, se describirán los criterios de la población muestra seleccionada, y en tercer lugar los instrumentos de recolección de datos y análisis de la información.

6.1. Diseño de investigación

La investigación se llevó a cabo desde un enfoque cualitativo con un estudio de carácter fenomenológico⁶⁵. Esto significa que se buscó comprender la experiencia vivida de las participantes, sus significados y percepciones sobre sus experiencias y vivencias con el *home office*, el trabajo en casa, cuidado de hijos e hijas y la sobrecarga de trabajo, para determinar las características presentes en las mujeres de ambas colonias, y cómo esto se relaciona con su salud mental.

Se utilizó una metodología fenomenológica descriptiva e interpretativa, basada en la recolección y el análisis de datos narrativos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 16 mujeres con el fin de comprender en profundidad las experiencias y percepciones de los participantes sobre el tema de interés. Además, de conocer la ausencia específica de Políticas Públicas de salud mental para las mujeres en el contexto de los primeros seis meses de la pandemia en la Ciudad de México.

6.2. Población muestra

Este estudio tuvo como objetivo contrastar dos colonias, que, aunque pertenecen a la misma Alcaldía tienen realidades y necesidades diferentes. Se pretende que este trabajo contribuya a reflexionar sobre la necesidad de modificar las políticas o programas de salud mental para las mujeres y para los diversos contextos geográficos del país, incorporando la perspectiva de género.

⁶⁵ Es un método que se usa en las Ciencias Sociales y en las áreas de salud, cuyo propósito es estudiar un fenómeno específico considerando el punto de vista de los participantes (Palacios-Ceña y Corral Liria, 2010).

El estudio exploró el impacto de la pandemia en el bienestar psicológico de las mujeres que residen en dos colonias de la Alcaldía Cuajimalpa con diferentes características geográficas, es decir, una zona rural y una zona rururbana. Se seleccionaron a 8 mujeres, de cada zona, que habitaban en las colonias de Santa Fe —Contadero y Lomas de Vista Hermosa— y de San Lorenzo Acopilco, que tenían entre 30 y 39 años, que trabajaron durante los primeros 6 meses en *home office* y que vivieran con su pareja, sus hijos o hijas.

Este parámetro de edad seleccionado para la presente investigación corresponde a la adultez temprana o adultez emergente, la cual comprende entre los 25 y los 40 años (Papalia et al., 2012). Sandoval Mora (2018, p. 82) comenta que “los adultos en esta etapa tienen un gran potencial, de desarrollo intelectual, emocional y físico. Además, los avances importantes ocurren durante esta etapa de la adultez”, cabe destacar que no se tomó todo el rango de edad.

Algunas características de esta etapa son:

- Alcanzan metas como una carrera, un negocio o una familia.
- Es un periodo de logros y de responsabilidades (ante la sociedad, el gobierno o algunos movimientos sociales que estén relacionados con su filosofía de vida).
- Esta etapa se caracteriza por la independencia con la familia de origen.
- Un aspecto importante es que el tiempo se invierte primordialmente en la carrera laboral, en la pareja y los hijos e hijas.

Asimismo, es en esta etapa donde se establecen los cimientos físicos (Papalia et al., 2012), es decir, las personas toman decisiones para conservar un estado de salud óptimo. Por lo tanto, los problemas de salud que se desarrollan en esta etapa tienen que ver con las decisiones tomadas en la adolescencia, como lo son los excesos al fumar, al tomar alcohol, el abuso de sustancias, entre otros excesos que son característicos y de conductas de riesgo en la adolescencia.

Paralelamente la personalidad, las emociones y el entorno social crean presión al individuo, en otras palabras, es probable que la depresión y la ansiedad que aparece en este periodo de edad se deba a que las personas viven en periodos constantes de presión y estrés, debido a los estándares sociales, pues estos establecen que es en esta etapa donde la persona debería tener estabilidad laboral,

una familia, hijos o hijas y metas logradas, lo que evidentemente perjudica la salud mental del sujeto —además, no hay que olvidar que el padecer ansiedad y depresión también pueda deberse a alguna alteración neuroquímicas— (Sandoval Mora, 2018).

En este orden de ideas, la inteligencia emocional⁶⁶ de la adultez temprana fue un punto clave para esta investigación⁶⁷, pues es en esta etapa en la que una persona puede lidiar de manera más eficaz con el medio ambiente social y con sus emociones, es decir posee de un nivel de resiliencia⁶⁸ (Mayer y Salovey, 1997) Se podría decir que la salud mental está relacionada con la inteligencia emocional, pues la población tuvo que desarrollar cierto tipo de conciencia o adaptaciones para tener conductas adecuadas ante el aislamiento y la situación que se estaba viviendo.

Tal como Duarte Ortiz (2018, p. 58) menciona que los altos niveles de inteligencia emocional están vinculados con una buena salud mental. Por otro lado, los niveles bajos de inteligencia emocional están relacionados con una pobre salud mental e incluso se considera como indicadores de precariedad emocional, pues se tiene mayor posibilidad de presentar algún problema psicológico como lo es la ansiedad y depresión, lo quiero decir es que la inteligencia emocional, quizás, es un medio en el que se pueda conservar en algún grado la salud mental en situaciones como lo fue la pandemia.

Otro aspecto que perjudicó la salud mental de las personas fue el hecho de no poder tener contacto social, puesto que las relaciones sociales son fundamentales para tener salud y bienestar en cualquier etapa de la vida (Sandoval Mora, 2018).

⁶⁶ El concepto de Inteligencia Emocional fue creado por Salovey y Mayer para referirse a la capacidad de entender y regular las emociones; un componente importante de la conducta inteligente y eficaz (Mayer y Salovey, 1997)(Mayer y Salovey, 1997).

⁶⁷ La inteligencia emocional es la capacidad de reconocer, comprender y regular las propias emociones y las de los demás. La adultez temprana es una etapa del desarrollo humano que abarca desde los 20 hasta los 40 años aproximadamente, y se caracteriza por cambios importantes en la vida personal, laboral y social. La inteligencia emocional de la adultez temprana es un factor clave para el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, las relaciones interpersonales y el éxito profesional. Algunas habilidades que se pueden desarrollar para mejorar la inteligencia emocional en esta etapa son: la autoconciencia, la autogestión, la empatía, la comunicación asertiva y la resolución de conflictos (Papalia et al., 2012).

⁶⁸ De acuerdo con Garmezy (1991, p. 459) es la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciar un evento estresante como guerras, catástrofes naturales, etc.

La etapa de los 30 años suele ser un momento de reflexión y reorientación para muchas personas, que evalúan sus logros y establecen nuevos objetivos en diferentes aspectos de su vida. También es una etapa en la que se busca consolidar una posición social, una identidad individual y quizás una familia propia, es decir, se trata de alcanzar la plena madurez social y la realización de los sueños y metas (Gorostegui, 2008, p. 259).

Este estudio se enfoca en las mujeres de 30 a 39 años que tenían proyectos y aspiraciones profesionales antes de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. La pandemia implicó un retroceso en sus planes y expectativas, ya que muchas de ellas tuvieron que asumir la responsabilidad de cuidar de la familia y de la casa, además de adaptarse al trabajo en el formato *home office* y del *homeschool*. Por esta razón, se seleccionó este grupo etario para analizar los efectos de la pandemia en sus trayectorias y experiencias laborales y personales.

La selección de las participantes fue por un muestreo de bola de nieve, contactando amigos, familiares o conocidos que cumplieran con las características de selección anteriormente mencionadas, se les concretó una cita para entrevistarlas y, se acordó, en su mayoría, hacerla por videollamada o llamada. Al inicio de la entrevista se les leía el consentimiento informado y al finalizar se les preguntaba si conocían a alguien que quisiera participar en la investigación, con las mismas características.

La escasa participación de las mujeres de Santa Fe en las entrevistas fue uno de los factores que limitó la muestra a 8 mujeres por colonia. Entre las posibles causas de esta situación se encuentran la inseguridad que se vive en el país y la desconfianza de esta población hacia las entrevistas.

6.3. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se usaron fueron con el propósito de recabar información de sus vivencias, sentimientos, percepción en su salud mental, carga de trabajo, roles en relación con género y conocimiento hacia las políticas públicas que hubo en torno a la salud mental. Asimismo, se usaron escalas para detectar algún grado de ansiedad y depresión, con la finalidad de comparar los resultados de ambas colonias.

Es importante aclarar que estos instrumentos por sí solos, no diagnostican la existencia de alguno de estos trastornos. Las escalas que se emplearon para averiguar algún nivel de ansiedad y depresión fueron:

Para los síntomas de depresión se aplicó la escala de PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*), el cual está basado en el DSM-IV. Por su parte, Baader M et al. (2012, p. 13) menciona que el PQH-9 se evalúa la presencia de algún síntoma de depresión por medio de puntuaciones que se califican con una escala Likert que van de 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días", el puntaje obtenido va de un rango de 0 a 27 de acuerdo con la gravedad de los síntomas, los cuales se clasifican en (Baader et al., 2012; Kroenke et al., 2001a; Saldivia et al., 2019):

- 1-4 se considera depresión mínima lo que sugiere que el encuestado puede no necesitar un tratamiento para la depresión.
- 5-9 esto se considera depresión leve, de acuerdo con el resultado y al análisis clínico puede sugerirse algún tratamiento basado en la duración y la gravedad de los síntomas.
- 10-14 se considera depresión moderada es similar a la depresión leve sin embargo con un análisis médico se determina el curso del tratamiento.
- 15-19 se considera depresión moderadamente severa, esto generalmente requiere de tratamiento para la depresión mediante el uso de medicamentos, terapia o una combinación de ambos.
- 20-27 esto se considera depresión severa, esto requiere de algún tratamiento para la depresión mediante el uso de medicamentos, terapia o una combinación de ambos.

Por otro lado, para detectar los síntomas de ansiedad se implementó la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), basada en el DSM-V. Es una prueba que consta de 7 ítems para detectar algún síntoma de ansiedad generalizada. Cada apartado utiliza una escala de Likert que van de 0 (nunca), 1 (menos de la mitad de los días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (Casi todos los días), el puntaje va de 0 a 21, el cual indica la intensidad de los síntomas, este puntaje significa lo siguiente (Camargo et al., 2021; Muñoz-Navarro et al., 2017; Spitzer et al., 2006a; N. Williams, 2014):

- 1-4 no se aprecian síntomas de ansiedad.
- 5-9 se aprecian síntomas de ansiedad leve.
- 10-14 se aprecian síntomas de ansiedad moderados.
- 15-21 se aprecian síntomas de ansiedad severos.

Al mismo tiempo se realizaron entrevistas profundas, con una duración de 30 a 50 min aproximadamente, con el fin de conocer con mayor profundidad la experiencia, pensamientos, sentimientos y vivencias de las mujeres en los primeros 6 meses de la pandemia. Durante la entrevista se realizó un breve cuestionario demográfico para recopilar la información sociodemográfica de las participantes como edad, estado civil, número de hijos o hijas, con quienes más vivían, preparación académica, situación laboral y la percepción de los ingresos económicos.

Los resultados de la encuesta revelaron que las mujeres enfrentan múltiples desafíos durante la pandemia, tanto en el ámbito laboral como en el personal. Para analizar estos desafíos, se utilizaron 9 ejes principales: el *home Office*, la sobrecarga de trabajo, división de tareas domésticas y de cuidado, dinámica familiar y de pareja, salud física y mental, calidad de vida, atención psicológica, conocimiento de políticas públicas en salud mental y en torno a la COVID-19, emociones, experiencias y vivencias. Estos ejes permitieron identificar las principales problemáticas que afectaron a las mujeres y las posibles soluciones que se pueden implementar para mejorar su situación.

6.4. Análisis de datos

Se realizaron 16 entrevistas en total —en el anexo 3 y 4 se puede observar los atributos y características de las mujeres entrevistadas—, las cuales fueron grabadas y transcritas textualmente, con el propósito conocer la problemática y sus vivencias. Además, se realizó el registro en una matriz de datos en Excel, posterior a esto se realizó un análisis de datos fenomenológico⁶⁹.

⁶⁹ “El análisis fenomenológico interpretativo es un enfoque de la investigación psicológica cualitativa con una orientación ideográfica, lo que significa que pretende ofrecer una visión de lo que una persona concreta en un contexto determinado quiere decir con un fenómeno concreto” (Radivojevic, 2023). En otras palabras, este enfoque busca comprender cómo las personas construyen el significado de las cosas.

Las entrevistas se sometieron a un proceso de análisis, en el que se evaluó la calidad y cantidad de la información obtenida en la primera ronda. Si se detectaba que la información era insuficiente o poco relevante, se procedía a contactar nuevamente a la entrevistada y realizar una segunda entrevista más enfocada. Luego, se asignaron códigos y categorías a la información recopilada, siguiendo los criterios establecidos por los objetivos de la investigación.

Finalmente, la matriz de análisis permitió identificar diferentes temas emergentes de los datos recogidos y se decidió utilizar citas textuales para presentar los hallazgos del estudio, ya que el objetivo de esta investigación es explorar las vivencias, sentimientos y percepciones de las mujeres participantes.

6.5. Consideraciones éticas

Este estudio siguió los principios éticos básicos de respetar la privacidad de las mujeres, asignándoles nombres ficticios para proteger su identidad, y obteniendo su consentimiento informado para grabar sus testimonios.

Asimismo, no se presentó ningún dilema ético, ya que las mujeres no sufrieron ningún daño por su colaboración.

Capítulo 7. Sitios de estudio

Los siguientes capítulos de esta investigación se enfocó en analizar los casos de estudio de dos diferentes tipos de población que presentan características comunes o divergentes, dado a que el propósito de este trabajo fue comparar como la pandemia afectó a mujeres que realizaron *home office* de dos distintas zonas, un área rural⁷⁰ y otra área urbana. Posiblemente las características distintas y específicas de cada zona, influyó en la manera que afectó a las mujeres durante los primeros meses de pandemia

Las zonas periféricas de la Ciudad de México han sido transformadas por procesos sociales , los cuales modificaron la historia de algunas áreas rurales de la ciudad. Por este motivo es importante analizar primero el concepto de rural y urbano. En segundo lugar, la gentrificación de los espacios rurales; y por último las características y la rururbanización⁷¹ de los pueblos originarios de la Ciudad de México.

Moisevich Rosental y Fedorovich Iudin (1984, p. 339) define a la población como:

El conjunto de personas cuya actividad vital transcurre en el marco de determinadas comunidades sociales: de la sociedad humana en su conjunto, de grupos de países, países aislados, de diferentes divisiones regionales dentro de estos países e incluso de poblados concretos.

Del mismo modo Tamayo (1997, p. 114) define a la población como “la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”.

Con respecto a los casos de estudio es necesario definir lo que se entiende por zona urbana y zona rural. Uno de los parámetros para detectar a la población

⁷⁰ A esta zona rural la renombramos zona rururbana.

⁷¹ La rururbanización ocurre cuando la ciudad ejerce influencia sobre las zonas rurales que la rodean, pero al ser sus costos tan elevados, muchas de las actividades económicas y vivenciales que normalmente ocurren en su interior empiezan a ubicarse sobre terreno rural, como las islas urbanas en lo rural (Equipo editorial, 2021). La rururbanización surgió por la tendencia de vivir como en la ciudad aun cuando viven en un medio rural (Estévez, 2013).

urbana de la rural; ,la primera su actividad principal es el comercio y la industria (Gutiérrez de MacGregor, 2003), mientras que la población rural una de sus actividades es el cultivo de la tierra y comercio local (Córdova Aguilar, 2009). Actualmente la mayoría de los hogares rurales no viven únicamente de las actividades ganaderas o agrícolas, debido a que el ingreso no les es suficiente para sustituir, por lo que han tenido que desplazarse a otras zonas urbanas en búsqueda de trabajo⁷².

Por su parte, México sigue los criterios del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020d) para categorizar una zona como área urbana o rural, pues considera una población rural es aquella que posee menos de 2,500 personas y un área urbana es donde hay más de 2,500 habitantes.

En esta misma línea la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2009, p. 11) define como área rural aquella zona que cuente con una densidad poblacional inferior a 150 habitantes por km² y un área urbana cuenta con más de 150 habitantes por km². Un aspecto que no se contempla en las clasificaciones de las zonas urbanas y rurales es el de las actividades económicas que realizan las familias en cada una de ellas. Tampoco se tiene en cuenta la diversidad de situaciones y costumbres que caracterizan a los habitantes de ambos espacios. Estos factores influyen en las condiciones de vida y las oportunidades de desarrollo de las personas.

Los espacios rurales se definen de diferentes maneras según el enfoque que se adopte, pero para los fines de este estudio me basaré en las definiciones de Gómez (2003); Rodríguez y Saborío, (2008), que coinciden en señalar que las zonas rurales se caracterizan por su tradicionalismo, por su dependencia de la actividad agropecuaria y agrícola, y por la herencia generacional de la condición socioeconómica. Asimismo, es posible que en estas áreas haya una menor cobertura de servicios públicos como electricidad, agua potable, alcantarillado, telecomunicaciones, salud, saneamiento e higiene⁷³ (Gutiérrez de MacGregor, 2003, p. 77).

⁷² Las distancias en las periferias de la Ciudad de México han sido acortadas por el paso del tiempo, lo que ha creado una articulación y una convivencia más cercana entre los espacios rurales y urbanos.

⁷³ Creo que estos factores influyen en la decisión de la gente de trasladarse a la ciudad más próxima para obtener más ingresos o mejorar su calidad de vida, sin renunciar a su entorno rural. Este

Por otro lado, Mendoza Sánchez (2002, p. 190) define a las áreas rurales como

La zona ubicada en la cual se desarrollan actividades económicas primarias, principalmente agropecuarias, extracción de recursos naturales, que se caracteriza por pequeños asentamientos de población. Asimismo, los usos de suelo y equipamiento corresponden a la agricultura, ganadería, silvicultura, etcétera, las cuales coinciden en su mayoría en la forma dispersa de los usos habitacionales de los pobladores.

Desde un enfoque internacional, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2018, pp. 3–4) describe a las áreas rurales mexicanas y reitera en los siguientes puntos:

- El sector rural va más allá de las actividades primarias.
- La ruralidad en México tiene las siguientes características:
 - 1) La pobreza continúa siendo más intensa en zonas rurales que en zonas urbanas.
 - 2) La agricultura es una fuente importante de empleo a nivel nacional.
 - 3) La principal característica de la tenencia de la tierra es la baja productividad.
 - 4) Se observa una realidad dual en el desarrollo del sector primario.
 - 5) La relación entre la producción agrícola y el medio ambiente requiere atención urgente
 - 6) La política pública orientada al sector rural productivo presenta impactos limitados.
 - 7) El desarrollo rural requiere un enfoque de doble vía.

Este texto se resume las condiciones que enfrentan los territorios rurales cercanos a las ciudades, que deben equilibrar la relación entre el campo y la urbe,

fenómeno se conoce como migración pendular o trashumancia urbana, y tiene ventajas e inconvenientes tanto para los individuos como para las comunidades.

y que necesitan políticas públicas que garanticen su bienestar, su diversidad biológica y su acceso a los servicios esenciales, ya que durante la crisis sanitaria estos lugares fueron los más afectados (OCDE, 2020).

En lo que concierne al concepto de zona urbana, Lefebvre (citado en Lezama, 2002, p. 250) añade que lo urbano es una “área que se entrelaza con los espacios y la reproducción capitalista de las relaciones sociales”. Por otro lado, Wirth (citado en Lezama, 2002, p. 155) refiere que las zonas urbanas “son asentamientos relativamente grandes y densos de individuos sociales heterogéneos”.

Por su parte, Mendoza Sánchez (2002, p. 190) define a un asentamiento urbano como

El conglomerado de personas que radica en un área físicamente localizada. La ordenación y regulación de los asentamientos humanos en un municipio tiene como objetivo buscar el mejoramiento de las condiciones de vida de la población urbana y rural. Mediante el aprovechamiento de los recursos naturales susceptibles de la apropiación para hacer una distribución adecuada de los centros de la población en los límites territoriales del municipio.

De acuerdo, con Weber (citado en Lezama, 2002, p. 125), las ciudades son áreas urbanas que tienen diferentes perspectivas:

- Son lugares donde se concentra una gran cantidad de población y que generan formas de interacción social específicas.
- La magnitud y la densidad de los asentamientos humanos provocan el surgimiento de comportamientos que tienden a reemplazar las relaciones primarias por secundarias.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Lezama (2002) sostiene que la urbanización es un fenómeno social que implica la transformación del territorio y la cultura. De esta forma, los espacios urbanos se configuran como escenarios de interacción, conflicto y cooperación entre los diferentes actores sociales. Por otro lado, Weber (1969) analiza que la urbanización también genera problemas ambientales, como la contaminación, el cambio climático y la pérdida de

biodiversidad. Por lo tanto, se requiere una gestión urbana sostenible que promueva el desarrollo humano y el respeto por el medio ambiente.

Dicho en otras palabras, la densidad poblacional de las ciudades es un indicador del progreso económico y social que se ha logrado en esas regiones, ya que refleja el nivel de ingresos, influencia y bienestar que disfrutaban sus habitantes. Estas zonas urbanas se distinguen por ofrecer mayores oportunidades y recursos a sus residentes.

En consecuencia, el concepto urbano pertenece a lo establecido como ciudad y lo opuesto a la identidad de lo que es un espacio rural⁷⁴. Desde el punto de vista antropológico Pratt (2007) comprende a los espacios urbanos como ciudad, en el cual el territorio colectivo permite el vínculo e incompatibilidad de diferentes culturas. Es decir, que el espacio, el contexto y la cultura forman parte de la identidad y memoria de sus habitantes⁷⁵.

La pandemia ha generado una serie de desafíos para las políticas públicas en los ámbitos urbano y rural. Entre ellos, se destacan los problemas ambientales, la inseguridad y el aumento de la demanda en los servicios públicos básicos. Estos problemas requieren de una atención prioritaria y de una coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y los actores sociales. Las políticas públicas deben ser diseñadas e implementadas con una visión integral, participativa y sostenible, que tome en cuenta las necesidades y las potencialidades de cada territorio.

En cuanto a los análisis de caso, es importante añadir que en el año 2020 México tenía una población de 126,014,024 personas, en particular el 79% provenía de territorios urbanos y 21% de áreas rurales. Particularmente, la Ciudad de México en ese mismo año tenía 9,209,944 habitantes, en concreto el 99% vivía en zonas urbanas y 1% en áreas rurales. Esto ha implicado que la Ciudad de México haya experimentado una reorganización de las áreas territoriales, debido a que el

⁷⁴ En cuanto a la aglomeración, la calidad de vida, el acceso económico, político y administrativo, se puede afirmar que las grandes ciudades presentan ventajas y desventajas para sus habitantes. Por un lado, ofrecen más oportunidades de empleo, educación, cultura y servicios públicos. Por otro lado, generan problemas de contaminación, tráfico, inseguridad y desigualdad social. Por lo tanto, es necesario buscar un equilibrio entre el desarrollo urbano y el bienestar de las personas.

⁷⁵ Tal como Lamy (2006, p. 223) menciona que los espacios urbanos están conformados por actores políticos, económicos, urbanísticos, arquitectónicos y de población, los cuales le dan su complejidad.

crecimiento urbano ha modificado y asimilado a las comunidades rurales de la Ciudad⁷⁶ (Sánchez Brito, 2019).

La Alcaldía de Cuajimalpa de Morelos⁷⁷ se ubica en el puesto 15° de las demarcaciones territoriales con menor número de habitantes⁷⁸. No obstante, tiene el segundo lugar en la tasa de crecimiento con 1.6, lo que indica que este aumento poblacional está relacionado con la gentrificación que sufre la Alcaldía (Sánchez Brito, 2018). Esto significa que la gente ha tenido que mudarse a zonas más rurales cercanas a la Ciudad, incrementando los residentes de áreas boscosas y pueblos como:

- El Contadero
- San Mateo Tlaltenango
- San Pablo Chimalpa
- San Lorenzo Acopilco

La gentrificación es un proceso de transformación socioespacial que implica el desplazamiento de poblaciones de bajos ingresos por otras de mayor poder adquisitivo en determinadas zonas urbanas. Este fenómeno tiene implicaciones para la dinámica de los espacios rurales y urbanos, que se relacionan de manera compleja y multidimensional. En este trabajo, utilizaremos el término rururbano para

⁷⁶ La importancia del concepto de gentrificación tiene la finalidad de analizar la interacción de los espacios rurales y urbanos —que después nombraremos y definiremos como rururbanos—. La gentrificación es definida por Clark (2005) como la reorganización espacial de áreas urbanas, lo que comprende el traslado de los residentes de bajos ingresos que habían vivido en estos espacios. Igualmente (B. N. Cruz, 2008, p. 155) menciona a la gentrificación como el proceso de modificar los territorios habitados como lugares urbanos, rurales y rururbanos por personas de poder adquisitivo bajo o medio y que han sido conseguidos por habitantes de poder adquisitivo medio y altos, lo que implica distintas características sociales y culturales.

Este es el impacto que ha tenido el desarrollo urbano de Santa Fe en la comunidad de San Lorenzo Acopilco, que ha visto alterado su modo de vida y su economía. Algunos habitantes han optado por edificar departamentos o cuartos para alquilar, lo que implica una transformación de la estructura social y cultural del pueblo originario. La expansión de Santa Fe, con sus grandes centros comerciales, edificios corporativos y residenciales de lujo, ha invadido el espacio y el patrimonio territorial de los pueblos originarios como San Lorenzo Acopilco. En este contexto, el concepto de gentrificación puede aplicarse a los cambios en el paisaje, el incremento del valor de la tierra y las propiedades, y el desplazamiento o empobrecimiento de los residentes originales de la zona rural (Cabrerizo, 2016).

⁷⁷ De acuerdo con el documento llamado Revive Cuajimalpa de Morelos 2009-2012 (2020, p. 7) la Delegación tiene una superficie territorial de 8,177.6 hectáreas, lo que representa el 5.5% de la superficie del Distrito Federal. El 80.0% de la superficie de esta demarcación es suelo de conservación (rural) y el resto corresponde a la zona urbana.

⁷⁸ Cuajimalpa de Morelos tuvo en el año 2020 217,686 habitantes. En concreto 52.3% mujeres y 47.8% hombres. Los grupos de edad más importantes fueron 25 a 29 años (18,450 habitantes), 20 a 24 años (18,294 habitantes) y 30 a 34 años (18,156 habitantes), lo que concentró el 25.2% de la población total (Gobierno de México, 2020a).

referirnos a aquellos espacios que presentan características híbridas entre lo rural y lo urbano, y que son objeto de procesos de gentrificación.

Según Cruz Rodríguez (2019, p. 67), Cuajimalpa se caracteriza por tener diferentes formas de ocupación del territorio, que reflejan la diversidad social y económica de sus habitantes. Entre estas formas se encuentran la colonia residencial alta⁷⁹, donde viven las clases más acomodadas; la colonia popular⁸⁰, donde predominan las viviendas de interés social; el pueblo conurbado⁸¹, que conserva algunos rasgos de la cultura rural, pero está integrado a la ciudad; y el pueblo no conurbado⁸², que mantiene una mayor distancia y autonomía respecto al entorno urbano.

En contraste, el desarrollo del proyecto de Santa Fe propició la aparición de vivienda media y de lujo en la Alcaldía, como son los casos de la colonia Contadero y Lomas de Vista Hermosa. Cruz Rodríguez (2019) analiza el aumento de los habitantes de Cuajimalpa en las áreas de colonias populares, residencial alto, pueblos conurbados y pueblos no conurbados.

Como se observa en la tabla 4, la población de los pueblos conurbados y no conurbados de la Alcaldía ha experimentado un aumento significativo. Esto implica que la Alcaldía se caracteriza por una marcada desigualdad, originada por la distinción social y territorial que existe entre sus habitantes.

Tabla 4 Población en Cuajimalpa por tipo de poblamiento (1995-2000).

Tipo de zona	1995	2000	2010
Colonia popular	42,960	44,936	49,589
Residencial alto	18,850	23,172	28,081

⁷⁹ Cruz Rodríguez y Moreno Flores (2007, p. 65) añaden que “la colonia residencial, se caracteriza por participación de agentes inmobiliarios privados, sus lotes son mayores de 300 metros cuadrados, las obras de urbanización son de buena calidad y sus equipamientos urbanos son de tipo recreativo y cultural para el uso exclusivo de los habitantes de estas colonias”.

⁸⁰ Según Cruz Rodríguez (2019, p. 67) “la colonia popular es aquella que se ha producido por diversas modalidades de poblamiento popular como la invasión, la venta fraudulenta de lotes urbanos, la urbanización de tierras ejidales, y en donde las viviendas se realizan a partir de un proceso mixto de autoconstrucción y contratación de trabajadores”.

⁸¹ Los pueblos conurbados son “pueblos y áreas herederos de antiguas tradiciones culturales que reivindican derechos de posesión sobre determinadas porciones de tierra y que forman parte del área urbana continua” (Cruz Rodríguez, 2019, p. 67).

⁸² Los pueblos no conurbados “tienen las mismas características de los pueblos conurbados, pero que todavía no forman parte del área urbana continua” (Cruz Rodríguez y Moreno Flores, 2007, p. 65).

Pueblo Conurbado	58,780	64,497	82,821
Pueblo no Conurbado	14,604	17,138	23,023

Nota. Fuente: Elaboración en base a los datos del observatorio de la Ciudad de México (OCIM), los datos del 2010 fueron calculados por (Cruz Rodríguez, 2019, p. 67)

Según el informe del Gobierno de México (2020a), la Alcaldía Cuajimalpa dispone del 3.9% de las unidades médicas de la Ciudad de México. De estas, 50 son para atención ambulatoria y 8 para hospitalización. Este dato refleja la situación sanitaria de la Alcaldía y los retos que enfrenta para brindar servicios de salud de calidad.

De acuerdo con los datos de salud mental más recientes, correspondientes al año 2014, el país contaba con solo 3 consultorios de psicología y 1 consultorio de psiquiatría. Asimismo, el 75.4%⁸³ de la población tenía acceso a algún servicio de salud público o privado, distribuido de la siguiente forma:

- IMSS: 53.9%
- INSABI: 17.0%
- ISSSTE o ISSSTE estatal: 9.9%
- IMSS BIENESTAR: 0.6%
- PEMEX, Defensa o Marina: 0.9%
- Institución privada: 21.3%
- Otra Institución: 1.2%

El objetivo de este estudio es contrastar las experiencias de las mujeres que habitan en San Lorenzo Acopilco y Santa Fe (colonia Santa Fe), dos zonas ubicadas al oeste de la Ciudad de México en la Alcaldía Cuajimalpa, separadas por una distancia de 11.4 km. Este proceso de gentrificación rururbana⁸⁴ es una expresión del ordenamiento territorial neoliberal, que genera nuevas formas de exclusión, que afectan el modo de vida, que desplazan las prácticas tradicionales y

⁸³ Ósea que el 24.6% no está afiliada a ningún servicio de salud, es posible que este porcentaje de la población se encuentre entre los pueblos de la Alcaldía. Esto significa que casi una cuarta parte de la población no tiene acceso a ningún tipo de atención médica, lo que puede representar un riesgo para su salud y bienestar. Es probable que este segmento de la población resida en las zonas más marginadas y vulnerables de la alcaldía, donde hay menos recursos e infraestructura.

⁸⁴ Nates Cruz (2008, p. 256) define a la gentrificación rururbana con ciertas características como son la compraventa de terrenos, casas por medio de grupos inmobiliarios o de los particulares, lo que provoca un desplazamiento de la población de las áreas centrales a las periferias, por el aumento de la población de grupos de mayor poder adquisitivo

que transforman las relaciones sociales en los pueblos originarios de la Ciudad de México (Sánchez Brito, 2018, p. 12).

San Lorenzo Acopilco es una comunidad que ha experimentado una transformación socioespacial debido a la expansión de la ciudad de México. Aunque forma parte de la Alcaldía Cuajimalpa, mantiene rasgos de su identidad rural, como la agricultura y la organización comunitaria. Sin embargo, también se ha visto afectada por procesos de gentrificación rururbana⁸⁵, que implican la llegada de nuevos habitantes con mayor poder adquisitivo y la modificación del paisaje y la cultura local (Pino Juárez, 2008, p. 16). Por lo tanto, se puede considerar a San Lorenzo Acopilco como un ejemplo de área rururbana⁸⁶, que combina elementos rurales y urbanos en un contexto de cambio y conflicto.

Para finalizar la investigación buscó comparar la salud mental de mujeres que realizaron *home office* y que viven en las colonias de San Lorenzo Acopilco y Santa Fe durante los primeros seis meses. Por lo tanto, se analizó el contexto y las características de ambas poblaciones, para darnos un panorama de ambos territorios que colindan en la Alcaldía de Cuajimalpa. Primeramente, conocimos las características de San Lorenzo Acopilco y posterior a esto las de Santa Fe, cabe descartar que no existen estudios sobre estas poblaciones, así como gráficas o censos en lo que se refiere a los problemas de salud mental de estas zonas.

7.1 Sitio de estudio 1. Población rural: San Lorenzo Acopilco

San Lorenzo Acopilco es una comunidad que se ubica en la frontera entre la Ciudad de México y el Estado de México, junto a la Carretera Federal México-Toluca y cerca de la futura estación del tren Interurbano México-Toluca Gaceta Oficial del Distrito Federal (1997).. San Lorenzo Acopilco forma parte de la Alcaldía

⁸⁵ Gentrificación rururbana es la ocupación por parte de los sectores con alto poder adquisitivo de los poblados urbano-rurales que cuentan con terrenos disponibles en sus periferias y que no generan el desplazamiento poblacional ni de las prácticas o cultura, sino más bien una segregación y estigmatización de la población originaria (Nates Cruz, 2008, p. 256)

⁸⁶ Según Sereno et al. (2010, p. 43) lo rururbano es la franja externa del periurbano, frontera donde se combinan dos ambientes cuyos pobladores poseen idiosincrasia, forma de vida e intereses particulares y disímiles, si bien sus espacios de vida y referentes espaciales son comunes, pues están signados por la convivencia.

Cuajimalpa y es uno de los pueblos originarios⁸⁷ de la Ciudad de México. Su territorio abarca unas 3000 hectáreas aproximadamente⁸⁸.

Este pueblo no está asentado en la periferia de la ciudad, sino que está localizado en la franja rural-urbana en medio de una zona boscosa, esta área boscosa es un suelo de conservación que pertenece al Parque Nacional Desierto de los Leones. Cruz Rodríguez (2019, p. 74) nombra a los pueblos con estas características como “pueblos no conurbados”. Por otro lado, (Sánchez Brito, 2019) denomina a estos pueblos áreas rururbana⁸⁹, dado su proximidad con la Ciudad de México.

Como se puede observar en el anexo 1, las imágenes 6, 7 y 8 ilustran el proceso de urbanización que ha afectado a Acopilco, una localidad rururbana que ha quedado integrada en el área metropolitana de la Ciudad de México y el Estado de México. Este fenómeno ha tenido consecuencias sociales, económicas y ambientales para los habitantes de Acopilco, que han visto transformarse su modo de vida y su entorno natural.

San Lorenzo Acopilco es una población que se encuentra en la Alcaldía de Cuajimalpa de Morelos, en la Ciudad de México. Su nombre proviene del náhuatl y significa “lugar coronado por manantiales”, ya que en esta zona hay varios manantiales que abastecen de agua a sus habitantes. El nombre Acopilco también tiene origen náhuatl y se interpreta como “en el agua de Cópil”, en referencia a un personaje mítico que fue arrojado al lago de Texcoco por el dios Huitzilopochtli. San Lorenzo Acopilco es una población con una larga historia y una rica cultura, que conserva sus tradiciones y costumbres a pesar de la urbanización (Hagene, 2007, 2010; Ismael et al., 2021).

A continuación, se da a conocer el contexto que enfrenta Acopilco y sus habitantes, debido a que la comunidad aún conserva costumbres y aspectos

⁸⁷ Los pueblos originarios se desarrollaron de forma independiente a la Ciudad de México, pero por el rápido crecimiento de ésta, fueron absorbidos hasta formar parte de las delegaciones que hoy constituyen la metrópoli (Mora Vázquez, 2007).

⁸⁸ En el año 1992, se modificó el artículo 27 constitucional durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, en el cual reconoció a 2,345 comuneros y la propiedad de 1608 hectáreas (Sánchez Brito, 2019, p. 45).

⁸⁹ Nates Cruz (2008, p. 255) considera a lo rururbano como “una población asentada en franjas rurales-urbanas bien sea nativa por nativa por adopción. No deben ser vistas como áreas de transición, éstas se presentan como complejo de lugares con dinámicas propias que, en su configuración, correlaciona de una u otra manera tanto a los nativos como a los forasteros que llegan a instalarse”.

prehistóricos, además de que la única forma de comunicación es por medio de la carretera México-Toluca.

7.1.1 Contexto y características de San Lorenzo Acopilco

En este apartado se ubica el contexto de los habitantes de San Lorenzo Acopilco, dada la cercanía a la Ciudad de México uno pensaría que la vida es igual de acelerada y al contrario no lo es. Este pueblo se conforma por dos grupos de personas por un lado los originarios y del otro los avecindados, —es decir, las personas o familias que llegan a vivir a este pueblo— (Sánchez Brito, 2018).

Acopilco tiene un contexto religioso, pues se celebran dos festividades tradicionales y religiosas una vez al año, una se realiza el 10 de agosto en honor al “Santo Patrón del Pueblo el Diácono San Lorenzo” y la otra en el mes de marzo dedicada a “Jesús de Nazareth” (Contreras Esquivel, 2011).

La actividad campesina —agricultura y ganadería— fue durante mucho tiempo la fuente principal de ingresos y de trabajo del pueblo. No obstante, esta se ha reducido con el paso del tiempo (Sánchez Brito, 2018), lo que ha llevado a que los habitantes busquen mejores condiciones económicas y laborales en la Ciudad de México o en Toluca.

Los comuneros de San Lorenzo⁹⁰, que son los habitantes originarios de Acopilco, tienen un vínculo especial con la tierra, que consideran un bien preciado que se transmite de padres a hijos. Por esta razón, solo ellos tienen acceso a los beneficios que ofrece el pueblo, como el derecho a ser sepultados en el cementerio, el servicio de agua potable y el sistema de drenaje⁹¹.

Acopilco ha experimentado cambios significativos en su economía y su territorio, debido a la influencia de factores externos. La agricultura y la ganadería, que antes eran las principales fuentes de ingresos, han cedido espacio a la construcción de viviendas de alquiler, que atraen a nuevos habitantes que buscan trabajo o tranquilidad. Así, el paisaje urbano y rural de San Lorenzo se ha transformado notablemente en los últimos años⁹².

⁹⁰ Los comuneros son las personas originarias del pueblo.

⁹¹ Los comuneros son los responsables de resolver los problemas de la comunidad como la falta de agua, la deforestación debido al tren interurbano México-Toluca.

⁹² La población originaria de Acopilco al ver el aumento de población foránea del pueblo encuentran la construcción de departamentos o cuartos en forma de renta como una forma más rentable de obtener dinero.

En contraste, la población se organiza en grupos familiares, es decir, los padres comparten el mismo espacio o la misma edificación con los hijos e hijas; nueros y yernos; así como sus nietos y nietas. Probablemente esta condición generó el incremento de estrés o ansiedad en este tipo de familias por la convivencia cotidiana y los conflictos que emergieron durante el confinamiento de la pandemia —aspecto que se profundizó en la entrevista—.

San Lorenzo Acopilco es uno de los pueblos originarios de la Ciudad de México, con una historia y una cultura propias. Sin embargo, según el INEGI (2010), se considera un pueblo urbano⁹³. por su nivel de población y servicios. Según los datos del INEGI (2010b), este pueblo tiene una población de 23,037 personas, distribuidas en 5,462 hogares particulares ocupados, de los cuales 200 no disponían de agua potable, 108 no tenían acceso al drenaje, 97 presentaban piso de tierra, y solo 11 no estaban conectadas a la red eléctrica.

En relación con la salud Acopilco únicamente cuenta con un Centro de Salud T-I el cual fue una obra en remodelación que concluyó en el 2016, con una inversión de 11,352,485 millones de pesos y 6 millones de pesos más para equipamiento médico —el proyecto consideró la construcción de 3 consultorio para medicina general, 1 consultorio dental, inmunizaciones, hidratación oral, somatometría, curaciones, farmacia, archivo, almacén, red de frío, enfermería, administración, trabajo social, salón de usos múltiples, sala de espera, sanitarios y laboratorio— (Secretaría de Salud, 2017).

Este centro de salud beneficia a todos los habitantes de Acopilco y a los pueblos vecinos, aun así, este centro no cuenta con especialistas, ni área de urgencia, por lo que ha provocado que la población que necesite de algún especialista o una urgencia acuda a la ciudad en búsqueda de asistencia médica pública o privada. En cuanto a los servicios de salud mental durante la pandemia, el Centro de Salud T-I Acopilco únicamente contó con un asistente de salud mental⁹⁴ —psicólogo o psicóloga—, lo provocó que muchos de los habitantes no pudieran agendar cita.

⁹³ Como ya hemos comentado, para esta investigación nombraremos a este pueblo originario como zona rururbana. Esto significa que se trata de un espacio geográfico que combina características tanto rurales como urbanas, y que presenta una diversidad cultural, social y económica.

⁹⁴ Dato proporcionado por un trabajador y personas que acudieron a solicitar el servicio: entrevista realizada el día 3 de octubre del 2022 en San Lorenzo Acopilco, Delegación Cuajimalpa.

Igualmente es importante destacar que según los datos del INEGI (2020e) las personas no afiliadas a algún servicio de salud de Acopilco fueron de 7,236 personas y 18,755 habitantes estuvieron afiliados, los cuales se clasifican en las siguientes instituciones⁹⁵:

- IMSS: 11,020 personas
- ISSSTE: 2,286 personas
- ISSSTE estatal: 80 personas
- Instituto de Salud para el Bienestar: 4927 personas
- PEMEX, Defensa o Marina: 164 personas
- IMSS BIENESTAR; 40 personas
- Institución privada; 397 personas
- Otra institución: 227 personas

La falta de afiliación sanitaria puede ser un factor de riesgo para la salud mental de las mujeres, especialmente en contextos de diversidad cultural y socioeconómica. Un ejemplo de esto es el contraste entre las mujeres de un pueblo originario y las de Santa Fe, que comparten la misma Alcaldía, pero tienen condiciones de vida muy diferentes. La salud mental de estas mujeres se ve afectada por distintos factores relacionados con su entorno y sus oportunidades.

En conclusión, San Lorenzo Acopilco es una población rural ubicada en la Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, en la Ciudad de México. Se caracteriza por su tradición agrícola, su cultura indígena y su resistencia a la urbanización. Según el censo del 2020 tuvo una población de 10,531 habitantes, de los cuales el 12.5% se reconoce como indígena (INEGI, 2020f). Acopilco conserva su identidad comunitaria y sus costumbres ancestrales, como la celebración de la fiesta patronal el 10 de agosto y el uso del sistema de cargos para la organización social.

⁹⁵ Es decir que el 2.8% de la población no cuenta con ninguna afiliación y el 72% si cuenta con afiliación a algún servicio de salud.

7.2 Sitio de estudio 2. Población urbana: Santa Fe (Colonia Santa Fe)⁹⁶

Santa Fe⁹⁷ es un ejemplo de un desarrollo urbano que comenzó en 1980 con fines inmobiliarios, financieros, corporativos y comerciales, y que ha provocado una valorización del suelo. Sin embargo, este proceso también ha generado una mayor desigualdad en la Alcaldía de Cuajimalpa, donde se ha registrado un aumento de la población y del territorio urbanizado desde 1990 hasta la fecha (Cruz y Carrillo, 2006).

La salud mental de las mujeres en Santa Fe se ha visto afectada por la pandemia de diversas maneras, según el contexto social y cultural en el que se desenvuelven. Al convivir con diferentes realidades, tanto rururbanas como urbanas, las mujeres han tenido que adaptarse a los cambios y desafíos que la crisis sanitaria ha traído consigo. En este estudio se explora cómo la pandemia ha incidido en el bienestar psicológico de las mujeres de Santa Fe, contrastando su caso con el de San Lorenzo Acopilco, una comunidad más cerrada y uniforme.

El propósito de Santa Fe⁹⁸ fue poner en marcha la economía de la Alcaldía Cuajimalpa. No obstante, este proyecto ha captado la atención de inversores lo que ha colocado a Santa Fe como un desarrollo urbano de primer mundo⁹⁹. Santa Fe cuenta con zonas residenciales, bancos, centros comerciales, restaurantes, corporativos, laboratorios y hospitales médicos privados de nivel superior, agencias de carros, instituciones educativas, tiendas y centros nocturnos (Cruz Rodríguez, 2019).

⁹⁶ Es conveniente mencionar que esta colonia no tiene muchos datos del INEGI, por lo que es importante que en la entrevista se conozca si cuenta con afiliación a un servicio de salud público o privado.

⁹⁷ Este megaproyecto antes albergaba uno de los basureros de la Ciudad de México.

⁹⁸ Este proyecto no consideró que Santa Fe se convertiría en uno de los principales núcleos financieros, dado que los caminos tradicionales se han saturado y no son suficientes para garantizar la conectividad y la movilidad necesaria para la Ciudad de México y la Alcaldía Cuajimalpa.

⁹⁹ Según la Gaceta Oficial del Distrito Federal, en el 2000 el macroproyecto de Santa Fe ocupaba únicamente 931.65 hectáreas, con más de 50 empresas como el corporativo Hewlett Packard, el Centro comercial Santa Fe, I.B.M, Sheraton, Televisa, Instituciones educativas privadas como la Universidad Iberoamericana y el Instituto Westhill. Estos edificios incorporaron avances en la construcción, diseño, funcionamiento y tecnología, lo que ha posicionado a Santa Fe como un símbolo de globalización en la industria y posmodernidad en el área (Cruz y Carrillo, 2006).

La colonia Santa Fe, está conformada por residencias de alto nivel¹⁰⁰, el parque la mexicana, escuelas privadas¹⁰¹ y el Centro Comercial Santa Fe —como se muestra en la ilustración 9 y 10 en el anexo 2—.

7.2.1 Contexto y características de la Colonia Santa Fe¹⁰²

Esta Colonia se caracteriza por su arquitectura en extensión vertical, junto con diseños y construcción de departamentos residenciales entre las barrancas (Sánchez Brito, 2018). Además, de ser una de las fuentes generadoras de empleo en la Ciudad de México, no obstante, esta colonia cuenta con pocos accesos por lo que se han construido obras viales para facilitar el flujo la comunicación con la Ciudad de México como la Súper Vía, el Puente de Hueyetlaco y la modernización de la carretera México-Toluca (Cruz Rodríguez, 2019).

La zona de Santa Fe se caracteriza por su alta densidad poblacional y su escasa oferta de servicios públicos. Según el “Programa Parcial de Desarrollo Urbano de la Zona de Santa Fe” (SEDUVI, 2010), en el año 2000 esta colonia albergaba a 48,000 habitantes, pero no se dispone de datos más recientes. Esto evidencia la urgencia de que el INEGI realice un censo en esa zona para conocer su situación actual (SEDUVI, 2010).

La Colonia Santa Fe surgió como una iniciativa de desarrollo urbano de bajo costo en la década de 1950, pero se vio afectada por el crecimiento económico y poblacional de la ciudad. Actualmente, es un área de contrastes, donde se encuentran edificios modernos, negocios, servicios, áreas verdes y problemas sociales como la inseguridad, la contaminación y la movilidad. La Colonia Santa Fe ilustra un caso de las dinámicas y desafíos que enfrentan las ciudades contemporáneas (Kunz, 2013).

Una realidad palpable en Santa Fe es la inequidad social y económica, ya que de un lado se encuentra la zona residencial y de corporativos; y por el otro está el mismo pueblo de Santa Fe, cuya diferencia es muy observable. Sin embargo, esta investigación está centrada en la zona residencial de Santa Fe. Es decir, Santa

¹⁰⁰ Según las páginas de las inmobiliarias el precio de una residencia en la Colonia Santa fe va de \$6,000,000 millones de pesos a \$6,000,000 millones de dólares.

¹⁰¹ Las escuelas que se ubican en esta colonia son: Colegio Monteverde, Westhill Institute, Pinecrest International School, Colegio Santa Fe, Colegio Eugenio de Mazenod, Eton School y Universidad Westhill

¹⁰² En este momento hay pocos estudios sobre Santa Fe, así como pocos datos de parte de INEGI.

Fe muestra la desigualdad que existe en México ya que, a unos pocos kilómetros de las casas y departamentos residenciales¹⁰³, está el pueblo de San Lorenzo Acopilco¹⁰⁴.

En conclusión, el contexto y las características de la Colonia Santa Fe y de San Lorenzo Acopilco son muy diferentes entre sí, pero también presentan algunos puntos en común. La Colonia Santa Fe es una zona urbana, moderna y de alto nivel socioeconómico, donde se concentran importantes centros comerciales, financieros y educativos. Por otro lado, San Lorenzo Acopilco es una comunidad rural, tradicional y de bajo nivel socioeconómico, donde se conservan las costumbres y el modo de vida campesino.

Ambas zonas pertenecen a la Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, en la Ciudad de México, —las problemáticas que comparten son problemas ambientales, como la escasez de agua, la contaminación del aire y la pérdida de áreas verdes—. En otras palabras, estas similitudes y diferencias entre ambas colonias son relevantes para comprender cómo perjudicó la pandemia COVID-19 la salud mental de las mujeres con hijos o hijas durante el confinamiento y el *home office*.

¹⁰³ En la zona residencial de Santa Fe las rentas están valoradas en más de 34 mil pesos al mes.

¹⁰⁴ En Acopilco las rentas de los departamentos tienen un promedio de \$3,500 pesos al mes, es posible que, debido a los precios de las rentas, el pueblo de Acopilco se esté llenando de habitantes, debido a su cercanía con los corporativos de Santa Fe.

7.3 Síntesis de resultados

En este apartado, se resumen los resultados de esta investigación en los siguientes puntos. Primero, se describe cómo las mujeres experimentaron la pandemia al tener que realizar el *home office* y otras tareas domésticas y familiares en el mismo lugar. Se analiza cómo se afectaron sus roles de género y los espacios públicos y privados. También se examina cómo fue la relación con sus parejas y su familia.

Segundo, se comparan las similitudes y diferencias de las mujeres entrevistadas de las dos colonias estudiadas. Tercero, se reportan los hallazgos sobre su salud física y mental basados en las entrevistas y las escalas aplicadas. Cuarto, se discuten los resultados en relación con las políticas y la gestión de la crisis en torno a la salud mental, la sobrecarga de trabajo y el *home office*.

7.3.1. Experiencias del *home office*

En este sentido, no cabe duda de que el compaginar el espacio público y el privado, fue una situación que afectó la salud mental de las mujeres, pues además de compaginar ambos espacios en un mismo territorio, las jornadas de trabajo se vieron aumentadas por la misma situación del *home office*. Es importante mencionar que en México la Ley sobre Teletrabajo¹⁰⁵ entró en vigor hasta enero del 2021, es decir un año después de iniciada la pandemia.

Situación por la cual en el momento en el que se plantearon las entrevistas las mujeres argumentaron esta falta de claridad en las responsabilidades y derechos dentro del *home office*.

“Mi jornada laboral incrementó porque tenía que enviar actividades y luego las juntas con la dirección se extendía más de mi horario laboral, estas juntas se realizaban los viernes en la tarde para platicar sobre el proceso de alumnos, fue molesto, frustrante, no la pasé mal, pero fue complicado”.

Adela, 39 años, Acopilco

¹⁰⁵ Aun cuando existe ventajas dentro de esta ley de Teletrabajo y la NOM-037-STPS-2023 como el promover este equilibrio en el trabajo y ahorro del tiempo de sus trabajadores. No obstante, al hablar con una perspectiva de género dicha ley no considera los roles que realiza la mujer y mucho menos la sobrecarga de trabajo que vivieron durante la pandemia. En conclusión, esta ley y la misma Nom dan un poco de certeza y claridad en cuanto al marco legal para regular los derechos de las trabajadoras y trabajadores, pero no tomó en cuenta las vivencias de las mujeres (STPS, 2021).

“Como hubo sus ventas también sus desventajas, aunque dormía un poquito más, me desconectaba más tarde, comía con la computadora y pues cambiaron hábitos alimenticios”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

La pandemia y el *home office* afectaron de manera desproporcionada a las mujeres, ya que las llevó a una sobrecarga de trabajo durante esta etapa. Esto podría deberse a las expectativas sociales sobre los roles de género, que hicieron que las mujeres asumieron la responsabilidad de conciliar su empleo, con la atención de sus hijos e hijas, las labores domésticas, incluso cuando había un hombre en la misma situación y en *home office* (González, 2020).

Un aspecto importante a tener en cuenta en cuanto al *home office* fue el tipo de trabajo que desempeñaban pues conforme a los resultados, los sectores más perjudicados por el aumento de horas y días laborales, incremento de carga de trabajo y reducción en los sueldos fueron el área educativa y de ventas.

“Mi jornada laboral creo que incrementó porque tenía que enviar actividades y luego las juntas con la dirección se extendía más de mi horario laboral, estas juntas se realizaban los viernes en la tarde para platicar sobre el proceso de alumnos”.

Adela, 39 años, Acopilco

“La pandemia me afectó, pues mi rendimiento bajó ya que me pagaban por Bono y pues tu bono disminuye y entonces ya no tienes el mismo ingreso. Además, estar lidiando con una pantalla también fue problemático porque insisto no tienes esa relación con el cliente y más en este perfil tú sabes qué pues tienes que enamorar al cliente para venderle. Entonces cuando lo tienes frente a frente, pues a lo mejor hay mil maneras como de poder persuadir una venta, pero vía telefónica o por pantalla es más complicado”.

Martha, 37 años, Acopilco

Sin duda, la pandemia de COVID-19 trajo consigo una serie de retos para las mujeres que realizaron *home office*, sin importar el nivel socioeconómico, pues no solo tuvieron que adaptarse a un nuevo entorno laboral, sino que también tuvieron que asumir un mayor rol en el apoyo a la educación de sus hijos e hijas.

Esto implicó supervisarlos, conectarlos a las clases virtuales, resolver sus dudas y revisar sus tareas.

Además, las mujeres siguieron encargándose de las tareas del hogar y del cuidado de otros familiares. Todo esto quiere dar a entender que las mujeres que hicieron *home office* combinaron su espacio laboral con actividades de cuidado, educativas y domésticas.

A pesar de todos estos estragos causados por la pandemia, el *home office* y la conciliación de los espacios públicos y privados. Hubo partes positivas pues la mayoría de las mujeres argumentaron que pudieron pasar tiempo con sus hijos, se ahorraron el tiempo de traslado y aprendieron a manejar las herramientas las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs).

Lo dicho por Quintero-Hernández y Del-Carpio-Ovando (2022) es importante para dicha investigación, pues argumentan que para las mujeres el estrés, ansiedad, incertidumbre y miedo se ve por la falta de conciliación entre el cuidado de hijos e hijas o algún familiar enfermo, las tareas del hogar y el *home office*. Con esto se quiere resaltar que el estrés, la ansiedad, la incertidumbre y el miedo fueron emociones que afectaron de manera desproporcionada a las mujeres, especialmente en tiempos de crisis, como lo fue la pandemia.

Por tales motivos es importante tomar en cuenta el papel que jugaron las redes de apoyo pues estas son importantes para que las mujeres logren sus metas personales, profesionales y familiares. Indudablemente, el confinamiento por la crisis sanitaria ha afectado la vida de muchas mujeres que dependían de su red familiar femenina para el cuidado de sus hijos e hijas¹⁰⁶, estos casos fueron en su mayoría las mujeres de Acopilco.

“Toda la carga de ellos, la casa si eran pesadas yo lo hacía todo, no tenía quien me echara la mano en nada”.

Magali, 35 años, Acopilco

Esto quiere decir que el no poder tener contacto con su madre, una hermana o algún otro miembro de la familia femenina que les apoyara o una red de apoyo durante la pandemia, provocó que muchas se sintieran solas y desamparadas. Sin

¹⁰⁶ Estos casos donde se dependía del cuidado de hijos o hijas de parte de la mamá, la tía o hermana o algún otro familiar femenino se debió al miedo al contagio durante estos meses.

duda esto repercutió en su salud mental, su calidad de vida y metas profesionales, lo que dio como resultado que algunas tomaran la decisión de renuncia¹⁰⁷.

“Le dedicaba igual de tiempo para llamar a los clientes y proveedores. Aunque la pandemia cambió todo me frustraba más, Son la casa y mi hija se complicó todo ... Conforme fueron pasando los meses me estresa mucho ya que no podría cargar con todo y trabajar, por lo que renuncié, así tuve más tiempo en todas las actividades”.

Laura, 34 años, Acopilco

Al contrastar los resultados de estas redes de apoyo de las entrevistadas, se observó que nivel socioeconómico sí influyó en la posibilidad de contar o contratar ayuda doméstica, y es evidente que esto les permitió tener más tiempo para sus metas laborales.

“Afortunadamente tengo una señora que trabaja en la casa me quita ese peso de andar limpiando o a veces atendiendo a mis hijos. Sin embargo, si extrañe como antes se podía salir y nos distraemos del caos de los hijos, pero sí fue difícil, agobiante y caótico a pesar de la ayuda que la señora me aporta”.

Suri, 35 años, Santa Fe.

Sin embargo, hay que resaltar que muchas mujeres, si no la mayoría, tuvieron que compartir el espacio de trabajo con sus parejas, que también hicieron home office, pero eso no significó que ellos les ayudarán en todas las tareas domésticas, escolares y de cuidado que ellas debían hacer. En los casos que sus parejas les apoyaron en esta repartición de tareas o actividades su dinámica familiar y de pareja se vio favorecida, además de su calidad de vida y su salud mental de ellas, ya que les permitió mejorar su relación conyugal y su vínculo con sus hijos e hijas.

Por el contrario, en situaciones donde de parte de la pareja no hubo apoyo esta situación creó fricciones que perjudicó su salud mental y su calidad de vida de

¹⁰⁷ Este párrafo expone la realidad de la brecha de género que persiste en el ámbito laboral, donde las mujeres suelen renunciar o postergar sus aspiraciones profesionales para dedicarse al hogar y a la crianza de los hijos o hijas, mientras que los hombres no enfrentan el mismo dilema.

las mujeres y en algunos casos resultó en distanciamiento y separación de la relación.

Por lo que respecta a la salud física y mental de las mujeres entrevistadas se pudo encontrar que el tiempo fue un aspecto importante para realizar todas las actividades en el día, a causa de que el incremento en el tiempo dedicado al *home office*, a las labores domésticas, de cuidado y el *homeschool*¹⁰⁸, estas actividades recayeron mayormente en las mujeres por la construcción social de las actividades asociadas a los roles de género.

“Al principio fue frustrante porque no me cuadraba los tiempos , mis horarios no se cumplían, me pasaba de los horarios de una actividad y obviamente la otra y no podía hacerla o terminarla. Fue difícil al principio como los 3 primeros meses de adaptación fueron un caos y si hubo bastante frustración y ansiedad. No me daba tiempo para mí, ya que quise abarcar todo yo, no había manera de dedicarme tiempo porque tenía que hacer las cosas. Ahorita es cuando me estoy dando tiempo de relajarme y de hacer actividades que me dan paz, pero en su momento no había manera”.

Marina, 36 años, Santa Fe.

“Fue agotador la cuestión de los tiempos, ya que estaba trabajando o entrevistando a alguien y de repente qué hay que ir a tender la ropa o hay que limpiar el suelo porque está todo sucio o cosas así que tal vez para otras personas son insignificantes, pero para mí era muy estresante, sinceramente no me rendía el tiempo ni la vida para hacer todas las cosas que tenía que hacer durante la pandemia fue muy complicado”.

Abigail, 32 años, Acopilco.

El cierre de las escuelas afectó significativamente la carga de trabajo de cuidados no remunerado que recayó sobre las mujeres, ya que de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) por lo menos 5 horas al día las mujeres sirvieron de apoyo escolar, además del tiempo dedicado al trabajo doméstico que es de 5 horas en promedio diarias (INMUJERES y INEGI, 2019) y

al trabajo remunerado que no suele ser inferior a 8 horas diarias. Esto nos da un total de 18 horas diarias de trabajo para las mujeres durante la pandemia. Dejando solamente 6 horas para descansar.

Otro factor que influyó en la salud física y mental de las mujeres fue la situación económica, pues a la mayoría de las mujeres de Acopilco les preocupaba el perder su empleo. Amilpas García (2012, p. 102) menciona que de las 12.4 millones de mujeres ocupadas, 2.9 millones tuvieron que ausentarse temporalmente de sus trabajos o perdieron sus empleos durante la contingencia sanitaria. De ellas solo el 40.5% recibió su salario completo; 46.9% lo recibió de forma parcial y 12.6% no recibió ningún ingreso.

Es evidente que el estrés y la ansiedad provocados por la pandemia afectaron de manera desproporcionada a las mujeres, que tuvieron que asumir más responsabilidades domésticas, escolares, laborales y de cuidado. Además, muchas de ellas se vieron obligadas a atender a familiares enfermos o dependientes, lo que supuso una carga emocional y física adicional. Estas situaciones deterioraron la salud mental y física de las mujeres y aumentaron el riesgo de sufrir depresión, angustia o agotamiento.

Esto quiere decir que la realidad que las mujeres enfrentaron durante la pandemia trajo además del distanciamiento físico, el trabajo en casa, el *home office*, el *homeschool*, las labores de cuidado y la incertidumbre laboral que sin duda afectó la salud mental de las mujeres. Muchas de ellas experimentaron síntomas de ansiedad, depresión y estrés debido a estas situaciones.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo en el año 2019 existió una brecha de género significativa en el tiempo dedicado al cuidado de otras personas en México. Las mujeres destinan 28.8 horas semanales a estas actividades, más del doble que los hombres, que dedican 12.9 horas semanales (INMUJERES y INEGI, 2019). Esta diferencia refleja las desigualdades estructurales que persisten en la distribución de las responsabilidades domésticas y familiares entre hombres y mujeres¹⁰⁹.

¹⁰⁹ La situación de desventaja que enfrentan las mujeres se relaciona con el menosprecio del trabajo que desempeñan y con las exigencias que se imponen en los sectores u ocupaciones predominadas por hombres, con la práctica de la discriminación, y con la obligación de que las mujeres pausen su trayectoria profesional para encargarse de responsabilidades de cuidado adicionales, por ejemplo,

Estos resultados evidencian que las mujeres entrevistadas de Acopilco enfrentan más dificultades para equilibrar sus responsabilidades laborales y domésticas, ya que por un lado no contaron con apoyo de un familiar femenino, de alguien contratado y en algunos casos ni de sus parejas. Por otro lado, las mujeres de Santa Fe quienes tenían una red de apoyo, principalmente contratada o de algún familiar (a quien se le pagaba por esto), pudieron conciliar mejor sus esferas de trabajo y vida personal. En pocas palabras el sistema de apoyo fue clave para que estas mujeres alcanzaran sus metas profesionales, personales y quizás pudo mitigar los niveles de ansiedad y depresión —es decir su salud mental y su calidad de vida—.

7.3.2. Comparación de resultados

En otro punto de acuerdo con las entrevistas y las escalas aplicadas, se confirmó que las mujeres sufrieron consecuencias en su salud mental, ya que se nota que en el caso de Acopilco las mujeres entrevistadas tres mujeres obtuvieron un puntaje en la escala de PHQ-9 superior a 15 lo que significa que padecieron una depresión moderadamente grave, mientras que en Santa Fe dos mujeres mostraron un puntaje mayor a 15 en la misma escala.

De acuerdo con la escala de GAD-7, en Santa Fe hubo dos mujeres que mostraron un nivel de ansiedad severa, con un puntaje superior a 15, mientras que en Acopilco hubo otras dos mujeres que también alcanzaron ese nivel de ansiedad. Los resultados del estudio mostraron que el nivel de depresión y ansiedad de las mujeres en Acopilco no era significativamente mayor que el de las mujeres de Santa Fe, lo que sugiere que la salud mental de las mujeres se vio afectada de forma similar en ambos contextos, pero por diferentes factores, vivencias y circunstancias.

Estos efectos psicológicos tuvieron consecuencias en su salud física, manifestándose en diversos padecimientos como gastritis, colitis, bruxismo, insomnio y falta de apetito. Estos síntomas físicos evidencian el deterioro de la calidad de vida de las mujeres que realizaron el *home office* durante la pandemia.

el nacimiento de un hijo o la enfermedad de algún familiar cercano, o el simple hecho de tener que priorizar el cuidado de su hogar y la organización del mismo.

Un aspecto relevante que se debe destacar es la situación de las mujeres de Acopilco en relación con el acceso a los servicios de salud. De las ocho mujeres entrevistadas, sólo dos no tenían ninguna afiliación a algún sistema de salud público o privado y las otras seis sí contaban con dicha afiliación, ya fuera IMSS o ISSSTE. No obstante, durante la pandemia, optaron por recurrir a centros de salud privados, como los consultorios de las farmacias, debido a factores como la rapidez y la calidad de la atención, así como el temor a infectarse.

Al mismo tiempo, las mujeres de Santa Fe que participaron en este estudio mostraron una preferencia por los servicios de salud privados, tanto para consultas de rutina como para emergencias. De las ocho entrevistadas, siete tenían un seguro de gastos médicos mayores y la otra solo contaba con el ISSSTE. Sin embargo, ninguna de ellas acudió a una institución pública cuando se sintió enferma, sino que optó por visitar a su médico de confianza en un consultorio particular o por ingresar a un hospital privado. Esto puede deberse a diversos factores, como la situación económica, la calidad, la accesibilidad y la satisfacción con la atención recibida.

En resumen, una posible explicación para la diferencia en el tipo de atención psicológica buscada por las mujeres de las dos colonias es el nivel socioeconómico. Las mujeres de Santa Fe, al tener mayores recursos económicos, pudieron acceder a servicios privados de mayor calidad y confidencialidad. Las mujeres de Acopilco, en cambio, tuvieron que recurrir a los centros de salud públicos o a terapeutas privados de menor costo. Esto podría tener implicaciones en la efectividad y la satisfacción con el tratamiento recibido. No se encontró una diferencia significativa en la frecuencia de búsqueda de apoyo psicológico entre las mujeres de ambas colonias.

Las mujeres de las dos colonias compartieron algunas experiencias y desafíos en sus vidas cotidianas. Entre ellos, se destacan la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidado, que se mantuvo a pesar de las condiciones económicas y las expectativas de género. Además, todas las mujeres manifestaron síntomas de depresión y ansiedad, aunque con causas distintas. Sin embargo, también hubo diferencias significativas entre las mujeres de una y otra colonia. Estas diferencias se relacionaron con el nivel socioeconómico, el tipo de trabajo, el nivel educativo, las redes de apoyo y la colaboración en las labores del hogar.

La participación de los hombres en las labores domésticas y de cuidado es fundamental para avanzar hacia una sociedad más igualitaria y justa. No se trata de una cuestión coyuntural, sino de una realidad que persiste más allá de la pandemia y que refleja las desigualdades de género que aún existen. Por eso, es necesario promover una corresponsabilidad efectiva entre hombres y mujeres que reconozca el valor del trabajo no remunerado y que contribuya a mejorar la calidad de vida de todas las personas.

En este sentido, un aspecto fundamental para afrontar las consecuencias de la crisis actual es incorporar la perspectiva de género en todas las medidas que se adopten, tanto a corto como a largo plazo. Esto implica tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y los hombres, así como las desigualdades estructurales que afectan a su situación y por ende a su salud mental.

Algunas acciones clave son: recopilar y analizar datos desagregados por sexo y género, fomentar la participación activa de las mujeres en los espacios de decisión y promover cambios culturales que favorezcan una distribución más justa de las responsabilidades de género (del Río Lozano y García Calvente, 2021), para así evitar la sobrecarga de trabajo en las mujeres.

Para finalizar es importante tomar en cuenta que el estado y el gobierno desde la gestión de crisis promueva políticas de salud mental con perspectiva de género, esto con el objetivo de disminuir el impacto a potenciales crisis en el futuro. Además, se deben crear políticas que faciliten la conciliación laboral y personal de las personas trabajadoras independientemente de su sexo y su género, razón por la cual se debe señalar la importancia de que los hombres participen en las tareas del hogar y de cuidado.

Capítulo 8. Políticas en torno a la salud mental

La información acerca de las políticas de salud mental durante la pandemia de la COVID-19, fue de desconocimiento, ya que, la mayoría de las mujeres entrevistadas, argumentaron que lo único que escucharon en los medios de comunicación eran los programas de apoyo económico tanto a nivel federal y estatal.

Estos apoyos económicos por parte del gobierno federal se enfocaron principalmente para las personas desempleadas y desempleados, para personas adultas mayores y, financiamiento y crédito para microempresas, mientras que la Ciudad de México tuvo un programa de apoyo para las personas contagiadas por la COVID-19.

“Sí, me enteré de algunos programas ante la pandemia por televisión no me acuerdo el nombre, pero si escuche un programa y apoyo económico”.

Adela, 39 años, Acopilco.

“Pues únicamente escuché lo que decían de apoyo económico a las personas que les daba COVID, algo así, pero de parte del gobierno de la CDMX”.

Sabrina, 31 años, Santa Fe.

“Sí, apoyo económico del gobierno de la Ciudad en tarjeta para personas contagiadas por COVID y una caja con paracetamol, ivermectina y un termómetro”.

Abigail, 32 años, Acopilco.

Como sabemos la pandemia ocasionó un cambio en nuestro estilo de vida, durante este aislamiento social, las mujeres fueron las más afectadas, debido a que, su carga de trabajo incrementó hasta más de tres veces (C. Gómez, Xantomila, et al., 2022), en vista que en un solo espacio las madres trabajadoras tuvieron que realizar su primera y segunda jornada, sin considerar las tareas de cuidado, crianza y apoyo escolar para sus hijos e hijas. En consecuencia, considero que las políticas de salud mental durante la pandemia no tomaron en cuenta la perspectiva de género y no consideraron las tareas asignadas a los roles de género.

8.1. Políticas en torno a la salud mental a nivel Federal

Respecto a las políticas públicas a nivel federal podría decir que el gobierno mexicano no consideró dentro de las estrategias de salud pública durante la pandemia a la salud mental, como un punto importante, sino que las pocas estrategias impulsadas fueron como un aspecto secundario o terciario para el manejo de la crisis (Peralta Vázquez, 2022).

Según el testimonio de la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio, ellas no escucharon sobre programas o políticas de salud mental durante la pandemia, por lo que la asistencia psicológica y las políticas de salud mental del gobierno fueron insuficientes e ineficaces, a pesar de que la crisis sanitaria y el confinamiento afectaron negativamente la salud mental a la población en general y especialmente a las mujeres (Torres Torija, 2020).

“El gobierno se debió haber preocupado por dar atención psicológica gratuita, de hecho, yo quería retomar terapia y pues por los gastos no he podido tomar la terapia, pero sí creo que si hace bien y nos hace falta para superar el miedo que se generó en la pandemia. Creo que es muy importante que haya esa facilidad para las personas que no tienen dinero que haya atención psicológica integral y gratuita. En general más allá del COVID deberíamos preocuparnos de la salud mental de la población, ayuda que reduzca la violencia y situaciones que hoy en día pasan como las atendidas o que tienen traumas o

patologías, no sé creo que por eso es importante darle prioridad a la atención psicológica”.

Jireh, 37 años, Acopilco.

“El gobierno debería implementar medidas para la gente que no tiene accesibilidad en su colonia o en su Alcaldía para la salud y tener alguna estrategia para controlar la ansiedad o depresión en situaciones como esta”.

Sabrina, 31 años, Santa Fe

Otra de las experiencias compartidas por las mujeres fue la de haber escuchado información sobre servicios de salud mental y apoyo psicológico a través de la línea LOCATEL.

“El programa que escuche fue en redes sociales y atención psicológica que el gobierno estaba ofreciendo por medio de una línea de locatel”.

Adela, 39 años, Acopilco.

A pesar de que se implementó esta línea de atención, su principal foro fue para las mujeres que sufren violencia, no obstante, esta medida no fue suficiente para atender las necesidades emocionales de las víctimas. La pandemia y el confinamiento social aumentaron los casos de violencia de género, pero también generaron estrés, ansiedad y depresión en muchas mujeres. Por eso, se requiere un servicio más integral y especializado que brinde apoyo psicológico y terapéutico a las mujeres que lo necesitan.

Según datos de INEGI (2021)

De octubre 2020 a octubre 2021, 42.8 % de las de mujeres de 15 años y más experimentaron algún tipo de violencia, la violencia

psicológica es la que presenta mayor prevalencia (29.4 %), seguida de la violencia sexual (23.3 %), la violencia económica, patrimonial y/o discriminación (16.2 %) y la violencia física (10.2 %).

“De los programas que más escuché fue el que previenen el maltrato de las mujeres, y te decían que buscaras ayuda en locatel”.

Magali, 35 años, Acopilco.

A fin de cuentas, el papel del gobierno ante una situación de crisis determina la confianza y el futuro del país, debido a que este debería de tener una gestión adecuada para prepararse y responder ante situaciones de crisis como lo fue la pandemia. De hecho, el tiempo de respuesta jugó un papel importante para que el gobierno de México proveyera de los servicios básicos como la salud (Boin, Ekengren, et al., 2021).

Claramente la gestión de crisis debe tener una coordinación interdisciplinaria y transdisciplinaria, para conservar en lo posible el bienestar social de los sujetos en todos los ámbitos. Durante la pandemia fue visible que algunos países tenían mejor gestión de crisis, que otros. Estos países fueron quienes tuvieron mejor coordinación en sus redes y coordinación en los niveles federales, estatales y locales para atender a su población.

“La pandemia fue difícil y el gobierno debería informar mejor los casos de contagio y la situación de la pandemia porque en otros lugares considero que comunicaban mejor y aquí en México comunicaron mal las cosas en cuanto a los decesos y contagios”.

Suri, 35 años, Santa Fe

“La verdad que la pandemia vino a representar un reto, no todos tuvieron la oportunidad de tener una economía buena y estable. Tenemos que recordar que el país tiene desigualdad de

oportunidades, hay personas que viven al día y tenían que salir y exponerse. Pues sí, ojalá que esta situación que pasó, le haya servido también al gobierno, no sólo para plantear la necesidad de apoyar a las personas vulnerables, sino a algunos sectores como el de la ciencia, pues el sistema de salud en México es un asco, por lo que se vio rebasado los hospitales y hubo tantas defunciones en hospitales públicos. Cosas tan simples como ya sabes tener suficiente capacitado al personal en los hospitales que haya más apoyo en ese aspecto para la investigación y contratación de médicos. Sí, con la pandemia nos dimos cuenta de que esa parte estaba muy desatendida. Sirvió para darnos cuenta de que hacía falta apoyar más la parte de la ciencia y la tecnología en nuestro país para poder atender sobre todo el sector de la salud”.

Micaela, 34 años, Santa Fe

En conclusión, las políticas en torno a la salud mental a nivel federal en México fueron insuficientes, desarticuladas y poco efectivas para atender las necesidades de la población. Se requiere de una reforma integral que fortalezca el sistema de salud mental, que garantice el acceso universal y equitativo a los servicios, que promueva la prevención y la atención primaria, que respete los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y que involucre a todos los sectores sociales en la construcción de una cultura de salud mental con perspectiva de género.

8.2. Políticas en torno a la salud mental de la Alcaldía Cuajimalpa

Por lo que se refiere a las políticas implementadas en la Alcaldía Cuajimalpa, no existe mucha información. En las entrevistas realizadas la mayor parte de las mujeres, sin tomar en cuenta la colonia de residencia, argumentaron que no hubo información o mucha difusión de los programas de la Alcaldía durante la pandemia.

“No, creo que no escuche algún programa de salud mental, se hablaba más de salud física que mental”.

Macarena, 30 años, Santa Fe

Es posible que, al no tener la información correcta, más la sobreexposición al exceso de información en cuanto al aumento de casos y decesos por la COVID-19, condujeran a la ansiedad, depresión, estrés y confusión en las personas.

“No, no escuche de ningún programa, solo medidas de higiene, lavado de manos, pero nada más. siento que para lo que a mí me pasaba la ansiedad, siento que en lugar de tranquilizarnos esa propaganda me preocupaba y afectaba más”.

Jireh, 37 años, Acopilco.

Los centros de salud desempeñaron un papel importante dentro de las Alcaldías, pues fueron estos quienes ofrecieron programas como terapia grupal o terapia psicológica. Los Centros de Salud de la Alcaldía Cuajimalpa ofrecieron programas enfocados a la salud mental para las colonias más vulnerables de esta Alcaldía, como lo es San Lorenzo Acopilco. No obstante, no tomaron en cuenta que el riesgo de contagio aumentaba al salir a las calles y sobre todo si tenían que usar algún transporte público.

Por otro lado, San Lorenzo Acopilco, solo, tiene un Centro de Salud, el cual durante la pandemia tenía a una psicóloga o un psicólogo que venía a atender a toda la población de este pueblo y de los pueblos colindantes dos veces a la semana, o sea, la atención que brindaba este Centro de Salud durante la COVID-

19 no fue lo suficiente para lograr el bienestar de la población. Por estos motivos la mayoría de las personas de Acopilco tuvieron que acudir a otros Centros de Salud para garantizar la atención psicológica.

“Si en mi calle pasaban a las casas los del centro de salud nos daban información acerca de los programas de la colonia y allí fue cuando me enteré de uno y fui a terapia grupal, pero hasta el Centro de Salud de San Mateo Tlaltenango”.

Carol, 30 años, Acopilco.

Así mismo la Alcaldía Cuajimalpa estableció un solo programa de atención psicológica y pedagógica gratuita vía telefónica en salud mental junto con la red de mujeres Cuajimalpa A.C, sin embargo, ninguna de las mujeres entrevistadas comentó acerca de este programa.

Finalmente, la falta de información y de difusión que existe en torno a las políticas de salud mental y el no implementar algún número de apoyo psicológico en Cuajimalpa, como lo fue el caso de la línea de ayuda de la Alcaldía Gustavo A. Madero, obstaculiza que la población más vulnerable de esta Alcaldía pudiera obtener ayuda psicológica durante la pandemia. Por otro lado, se tiene que añadir la situación de la colonia Santa Fe, puesto que su población tuvo mayor acceso a centros de salud privado, debido a que ellos son quienes mayormente cuentan con un seguro de gastos médicos. En cambio, en la población de Acopilco hay quienes no cuentan con ninguna afiliación a servicio médico. Esto evidencia la falta de crear políticas de salud pública y mental en torno al contexto de cada área, debido a que la pandemia intensificó y evidenció la brecha social y de salud que existe en México y en especial en esta Alcaldía.

8.3. Programas de salud mental institucional

Los programas institucionales de atención psicológica gratuita fueron una respuesta de las universidades e instituciones ante la crisis sanitaria. Algunas empresas del sector farmacéutico y de salud privada también se sumaron a esta iniciativa, ofreciendo servicios de apoyo psicológico sin costo para la población. Estos programas fueron una muestra de solidaridad y responsabilidad social.

“Las farmacias similares daban terapia en línea gratuitamente, una amiga que es psicóloga y trabaja allí y ella me dijo de ese apoyo y me contó de cosas muy fuertes que atendió”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

La pandemia ha afectado la salud mental de muchas personas que sufren de enfermedades mentales y que se enfrentan a la marginación y el estigma social. Los programas de salud mental que deberían apoyarlos se han visto interrumpidos por la sobrecarga y la falta de calidad de los servicios hospitalarios. Es necesario mejorar la atención y la prevención en este ámbito tan importante para el bienestar de la población.

8.4. Políticas que se relacionan con la salud mental de las mujeres

La mayoría de las mujeres entrevistadas comentaron que las políticas públicas de salud mental durante la pandemia no estuvieron orientadas desde una perspectiva de género. Dichas mujeres añadieron que la creación de programas en torno a la salud mental y *home office* debería de estar orientado a la repartición de las tareas asignadas a los roles de género. Por otro lado, se debería añadir normas en las que a las madres trabajadoras se les permitiera hacer *home office* sin la necesidad de cargarles de más trabajo o de reducirles el sueldo (Carrasco-Mullins, 2021).

En ese sentido, los retos y la reestructuración de los roles sociales deben dirigirse a los hombres con la finalidad de que realicen trabajos en el ámbito privado, es decir en la casa, pues aun cuando se luche por esta igualdad social en la esfera pública y privada, esta no existe por la falta de equidad en la repartición de tareas domésticas y de cuidado.

Por lo tanto, el cambio debería estar enfocado, aparte de creación de políticas, en crear un espacio para una crianza con perspectiva de género con el fin de eliminar esta posición machista y patriarcal en ambas esferas y fomentar la repartición equitativa de las tareas¹¹⁰.

“Creo que para las mujeres fue complicado porque sí fue mucha la carga de trabajo independientemente si trabajaban como yo o se dedicaban exclusivamente a amas de casa fue muy pesado. Creo que las políticas deben estar enfocadas a mujeres trabajadoras a las empresas y leyes de trabajo para dar esta oportunidad de liberarnos de esta carga laboral y no exigimos de más, además de que existe

¹¹⁰ La igualdad social entre hombres y mujeres es un objetivo que requiere de la transformación de las estructuras y los roles que se asignan a cada género. Una de las áreas donde se evidencia la desigualdad es en el ámbito doméstico, donde las mujeres asumen la mayor parte de las responsabilidades del hogar y el cuidado. Para lograr una mayor equidad, es necesario que los hombres participen activamente en estas tareas y reconozcan su valor. Asimismo, es fundamental que desde la infancia se eduque con perspectiva de género con el fin de que se promueva el respeto y la colaboración entre ambos sexos. De esta forma, se podrá avanzar hacia una sociedad más justa e inclusiva en todos los ámbitos.

esta desigualdad salarial y laboral, dentro y fuera de casa. Tal vez los hombres deberían tener más rol en la casa”.

Abigail, 32 años, Acopilco.

“Creo que durante la pandemia se abrió una puerta que no se ha aprovechado como combinar la maternidad con el trabajo, y siento que existe una diferencia con las personas que no tienen hijos y las que sí los tienen. Creo que este tema debe de aprovecharse para abrir la oportunidad para establecer programas de jornada laboral mixta, aunque muchas tal vez sí prefieran ir a la oficina, pero en mi caso preferiría combinar mi jornada laboral en la casa y una oficina”.

Hannah, 30 años, Santa Fe

Además, las madres y mujeres que realizaron labores profesionales y de cuidado en el mismo espacio junto con sus hijos, hijas y pareja, tuvieron que manejar estrategias para organizarse por la sobrecarga de trabajo que les sobrevino, debido al *home office* y a la poca o nula limitación de espacios. Por lo tanto, sería importante que el gobierno implementara políticas en torno al *home office*, puesto que el conjunto de actividades y la sobrecarga de trabajo a las madres trabajadoras les perjudicó en alguna medida en su salud mental.

De hecho, algunos de los aspectos principales que afectó a las mujeres al no establecer normas corporativas o de trabajo en el *home office*, fueron que en su mayoría no tenía un horario definido, pues muchas tuvieron que trabajar fuera de los días y horarios laborales. Además de realizar las actividades del hogar, de cuidado de hijos e hijas y tareas escolares en un solo espacio (Cain Miller, 2022; Farré et al., 2022; Rius, 2021).

La pandemia fue un punto de cambio y de reflexión acerca de temas como la desigualdad sexo-genérica, así como la creación de políticas y normas para las distintas modalidades de trabajo y que eventualmente perjudican de forma desigual a los distintos géneros.

Al fin y al cabo, la salud mental es un aspecto fundamental para el bienestar de las personas y las comunidades, especialmente en tiempos de crisis como la

pandemia de COVID-19. Sin embargo, existen desigualdades y brechas de género que afectan el acceso, la calidad y la efectividad de los servicios y programas de salud mental. Por ello, es necesario diseñar e implementar medidas que reconozcan y atiendan las necesidades específicas de las mujeres en materia de salud mental, así como promover su participación y empoderamiento en todos los ámbitos. Algunas de las acciones que se podrían impulsar son: la ampliación y el fortalecimiento de los servicios de atención psicológica y psicosocial para las mujeres; la incorporación de la perspectiva de género en los protocolos y programas de salud mental; la sensibilización y capacitación del personal sanitario y de otros sectores sobre la importancia de la salud mental de las mujeres; la generación de espacios de apoyo, autocuidado y redes de solidaridad entre las mujeres; y la promoción de una cultura de respeto, igualdad y no discriminación hacia las mujeres.

Capítulo 9. Conclusiones

La pandemia y el confinamiento por la COVID-19 han provocado, sin duda, un impacto en la salud mental de la población, no obstante, las mujeres fueron quienes se llevaron las mayores repercusiones¹¹¹ que al final afectó su salud física y mental¹¹².

Este texto busca conocer el impacto de la COVID-19 en la salud mental de las mujeres que habitan en dos colonias de la Alcaldía Cuajimalpa: Santa Fe y San Lorenzo Acopilco. El objetivo del estudio fue analizar las políticas, las vivencias, los retos y las estrategias de afrontamiento de estas mujeres durante los primeros seis meses del confinamiento y la emergencia sanitaria, considerando las diferencias de contexto entre ambas colonias.

Estos contrastes desiguales entre ambas colonias permiten analizar la forma en que las mujeres enfrentaron la pandemia y los efectos en su salud mental. Conforme a los estudios analizados, se observó que en los primeros 6 meses de la pandemia COVID-19, y a lo largo de la misma, las mujeres presentaron mayor sintomatología de ansiedad, depresión y estrés que los hombres.

Las mujeres que participaron en este estudio reportaron que la COVID-19 tuvo un impacto negativo en su bienestar y su calidad de vida, ya que afectó a su entorno familiar, a sus hijos o hijas y a su pareja. La pandemia también generó dificultades económicas y laborales, lo que aumentó el estrés y la presión emocional, laboral y psicológica de las mujeres. Estos factores pueden haber contribuido a deteriorar la salud mental de las mujeres.

La pandemia afectó de diversas maneras la vida de las mujeres que participaron en este estudio. Una de las dimensiones que se vio más alterada fue la del tiempo libre, que se redujo significativamente debido a las múltiples responsabilidades que debieron asumir en el hogar, el trabajo y el cuidado de los demás. Muchas de ellas expresaron su insatisfacción por no tener un espacio

¹¹¹ Hermosa-Bosano et al. (2021) concluyeron que en sucesos como lo fueron el confinamiento y la pandemia es necesario la atención de la salud mental de la población general, en especial la de las mujeres y los adultos jóvenes.

¹¹² Algunas mujeres perdieron su empleo o tuvieron miedo de perderlo, otras tuvieron riesgo de caer en pobreza, como consecuencia de la pérdida del empleo o reducción de sueldo, muchas mujeres hacen más trabajo no remunerado, lo que lleva a la sobrecarga de trabajo y finalmente, aumentó el estrés en la vida cotidiana, por la convivencia a todas horas en un mismo espacio.

propio para dedicarse a sus intereses, hobbies o actividades recreativas. Otras manifestaron que el escaso tiempo libre que tenían lo usaban para descansar o atender sus necesidades básicas, sin poder acceder a servicios de apoyo psicológico o terapéutico que les ayudarán a afrontar el estrés y la ansiedad generados por la crisis sanitaria.

La falta de tiempo libre en las mujeres durante la pandemia se relaciona con el aumento de sus responsabilidades laborales y domésticas. Muchas mujeres tuvieron que dedicar su escaso tiempo libre a realizar tareas de limpieza, cuidado de los hijos e hijas, apoyo escolar en casa y otras actividades que implican el bienestar de sus familias. Esto provocó que descuidaran su propio autocuidado, su salud mental y su desarrollo personal.

Otra de las dificultades que enfrentaron las mujeres que participaron en el estudio fue la ansiedad de no saber qué iba a pasar con la pandemia, el riesgo de infectarse o de perder a algún ser querido. A esto se sumaba la inseguridad laboral y el impacto negativo en sus ingresos económicos.

En resumen, las mujeres experimentaron una presión constante, ya que debieron asumir todos los roles y responsabilidades en un mismo lugar, con todos los integrantes de la familia cerca, sin tiempo de relajación y el aplicar las medidas de higiene, para prevenir los contagios. No obstante, a pesar de la clara sobrecarga de trabajo de las mujeres, se sigue normalizando e ignorando el trabajo de cuidado y de empleo de las madres (Hatton, 2017). Estos resultados, resaltan la vulnerabilidad en la situación de ser mujer y madre trabajadora (Arteaga-Aguirre, Cabezas-Cartagena, y Ramírez-Cid, 2021).

Además, la gran parte de las mujeres entrevistadas señalaron que factores como los roles de género, la carga de trabajo, la situación económica y el contexto en el que viven, influyó de manera negativa en su salud mental, ya que en algunas de ellas se originaron problemas de ansiedad o/y depresión.

La pandemia ha generado un aumento de los niveles de estrés y ansiedad en la población, especialmente en las mujeres. El estrés se relaciona con la incertidumbre sobre el futuro, la pérdida de ingresos, la dificultad para conciliar la vida laboral y familiar y el temor al contagio. La ansiedad surge por la falta de información confiable sobre la enfermedad, el bombardeo de noticias falsas en las redes sociales y el impacto emocional de tener un ser querido enfermo o fallecido

por COVID-19. Incluso, las mujeres enfrentan una mayor carga de trabajo remoto, una distribución desigual de las tareas domésticas y de cuidado y una reducción de su red de apoyo social debido al confinamiento. Estos factores afectan su salud mental y su bienestar.

Otra situación que desencadenó ansiedad fue el aislamiento social, pues esta situación implicó que familias, en el caso de las mujeres de Santa Fe eran familias nucleares¹¹³, interactuaron en el mismo tiempo y espacio. Por el contrario, algunas mujeres de Acopilco indicaron que sus familias vivían, ya sea en la misma casa o terreno, con suegros, cuñados y yernos¹¹⁴, lo que creó fricción y perjudicó, quizás más, la salud mental de las mujeres que viven en este contexto.

Por otro lado, la pandemia tuvo un impacto negativo en la salud mental de muchas personas, especialmente de las mujeres que se enfrentaron a múltiples desafíos. Algunos de los factores que contribuyeron a su depresión fueron el aislamiento social, la falta de red de apoyo en el cuidado de las hijas e hijos, la situación económica, los duelos que atravesaron¹¹⁵ y en algunos casos el tener que renunciar a su trabajo reenumerado por la carga doméstica y de cuidado que les sobrevino por la pandemia. Estas circunstancias generaron un estrés emocional y una sensación de desesperanza que afectan su bienestar psicológico.

La pandemia tuvo un impacto negativo en la salud mental de muchas mujeres, especialmente aquellas que ya padecían algún trastorno psicológico antes de la crisis sanitaria. El aumento de la carga laboral, el aislamiento social y otros factores de estrés contribuyeron a agravar sus síntomas y dificultaron su tratamiento y recuperación (Samaniego Namicela et al., 2022).

Según Andrey et al. (2021), las mujeres que buscaron apoyo psicológico o terapéutico durante la pandemia fueron aquellas que ya tenían un diagnóstico previo de ansiedad o depresión. Por otro lado, las mujeres que optaron por no consultar a un experto en salud mental recurrieron a otras formas de afrontar la

¹¹³ Familia compuesta por papá, mamá, hijos e hijas.

¹¹⁴ Familia extensa es aquella que la familia nuclear vive con los abuelos, tíos(as), primos (as) y otros parientes consanguíneos.

¹¹⁵ La pandemia provocó múltiples pérdidas, tanto humanas como emocionales. Muchas personas no pudieron estar con sus seres queridos en sus últimos momentos, ni darles el último adiós en un funeral. Esto generó un impacto negativo en la salud mental de la población, que se vio privada de los rituales funerarios que ayudan a elaborar el duelo. La ausencia de estos ritos dificultó el proceso de aceptación y superación de la muerte, y provocó sentimientos de culpa, rabia y tristeza.

situación, como conversar con la familia, practicar la meditación y leer libros de autoayuda.

Un aspecto que llamó la atención de las entrevistas fue la situación de algunas mujeres que se enfrentaron a la pandemia siendo madres primerizas o que estaban embarazadas con otros hijos o hijas en el hogar. Estos casos representaron desafíos adicionales que aumentaron el riesgo de sufrir algún trastorno en su salud mental, como la depresión posparto (Brik et al., 2021; Zilver et al., 2021).

Un análisis de las escalas aplicadas a las mujeres de ambas colonias revela que las de San Lorenzo Acopilco presentaron niveles más altos de ansiedad y depresión que las de Santa Fe. Finalmente podría decir que esto apoya la hipótesis de que los factores sociales y contextuales, así como la sobrecarga de trabajo en el ámbito privado, sumados a la situación económica y laboral que se vivió durante la pandemia, tuvieron un impacto diferencial en la salud mental de cada mujer. En pocas palabras, los distintos niveles de ansiedad y depresión que obtuvieron las entrevistadas estuvo influenciado por el trabajo sobrehumano de las madres trabajadoras para poder organizar sus tiempos y sus días, a causa de los roles de género.

Sin duda la llegada de la pandemia COVID-19 aceleró la prevalencia en los problemas de salud mental y exacerbó los trastornos mentales diagnosticados en las mujeres. Razón por la cual es importante implementar políticas y programas cuyo foco principal sea la salud mental con perspectiva de género, ya que sino la próxima pandemia podría ser los altos índices de trastornos mentales.

Dentro de algunas revisiones bibliográficas podemos encontrar que el trabajo de la mujer en el seno familiar ha sido invisibilizado. En consecuencia, los cambios de estilo de vida que trajo la pandemia y el confinamiento ocasionaron que las mujeres presentaran una sobrecarga de trabajo que les ocasionó problemas en su salud emocional, mental y física (Ramírez, 2021). Por su parte, las entrevistadas mencionaron que su salud física presentó problemas como gastritis, colitis, parálisis facial, bruxismo, entre otras afecciones a la salud.

Este estudio presenta algunas limitaciones como la falta de estadísticas en la prevalencia de salud mental en las colonias de la Alcaldía Cuajimalpa. Así como la poca información acerca de la población que vive en la colonia de Santa Fe.

Otro obstáculo que se presentó al realizar la entrevista fue el escaso involucramiento de las mujeres de Santa Fe, quienes se mostraron reacias a colaborar¹¹⁶, a pesar de que eran conocidas. Por esta razón, esta investigación no pudo contar con más testimonios y no se puede garantizar una representación completa de las experiencias de las mujeres de las dos colonias durante la pandemia, pero sí ofrece un punto de partida para desarrollar más estudios comparativos sobre las distintas realidades que se vivieron en la pandemia, considerando el contexto, la zona y la situación personal, familiar, laboral y económica de cada mujer.

Por el contrario, a pesar de que la información bibliográfica fue abundante, pues muchas universidades y centros de investigaciones se han centrado en los efectos negativos que la pandemia ha tenido en la salud mental de la población y de las personas que realizaron *home office*. Sin embargo, el resultado de las investigaciones centradas en madres trabajadoras y el *home office* durante la pandemia, fue menor.

Razones por lo que es importante continuar con los estudios acerca de los efectos que la COVID-19 tuvo a corto, mediano y largo plazo en la salud mental de las madres trabajadoras en *home office*, así como en la población en general, desde sus emociones y vivencias, las cuales dependen mucho del contexto en el que viven y se desarrollan.

En cuanto a la gestión de crisis es un proceso que implica la identificación, el análisis, la prevención y la resolución de situaciones que amenazan la estabilidad o la integridad de una organización, una comunidad o una sociedad. Por esta razón la gestión de crisis es un proceso que debería buscar prevenir o reducir los efectos negativos de una situación adversa, como una pandemia, sobre la salud mental de las personas afectadas.

Durante la pandemia, muchas personas experimentaron estrés, ansiedad, miedo, tristeza, soledad, aislamiento, duelo, pérdida, trauma, violencia o abuso. Estas emociones y situaciones afectaron la salud mental y generaron problemas como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias o conductas suicidas.

¹¹⁶ Es probable que esto se deba a la desconfianza y a la inseguridad que existe en México.

La gestión de crisis debería ofrecer apoyo psicosocial, información, orientación, derivación y tratamiento a las personas que lo necesitan, así como promover la resiliencia, la esperanza y el autocuidado, por esta razón la gestión de crisis y la salud mental deberían haberse relacionado ya que ambas buscan proteger y mejorar el bienestar psicológico de las personas ante una situación de emergencia sanitaria, como la COVID-19.

En pocas palabras, la formulación de políticas públicas en salud mental con perspectiva de género¹¹⁷ requiere de una gestión de crisis eficaz, que permita identificar las demandas, los desafíos y las posibilidades de intervención en este campo. Además de garantizar el respeto a los derechos humanos, con el fin de atender las necesidades específicas y se fomenten las capacidades de las personas afectadas por las crisis, independientemente de su sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra característica.

De lo antes dicho se desprende que la gestión de crisis es un factor clave para el desarrollo de políticas públicas. Esta tesis se enfocó en las políticas de salud mental con perspectiva de género, un tema relevante para el desarrollo de políticas públicas. Se analizó cómo fue gestionada la crisis sanitaria provocada por la pandemia en diferentes países, con el objetivo de identificar las mejores prácticas y las lecciones aprendidas que puedan orientar a la acción de los gobiernos. De esta manera, se pretende aportar al fortalecimiento de la salud mental con perspectiva de género, el cual es un factor clave para el bienestar social y el desarrollo humano (Campodónico, 2018; De Lellis, 2013).

En consecuencia, la respuesta gubernamental a la crisis de salud mental, que afectó mayormente a las mujeres, durante la pandemia fue insuficiente e inadecuada en la Ciudad de México. Igualmente, el gobierno no brindó una respuesta adecuada ni suficiente para atender las necesidades específicas de las mujeres, ni incorporó una perspectiva de género en sus políticas públicas. Esta situación evidenció la falta de compromiso y sensibilidad del Estado con los derechos humanos de las mujeres¹¹⁸.

¹¹⁷ La perspectiva de género es un marco que respeta las diversidades y las inequidades entre hombres y mujeres, y busca fomentar la justicia y la participación en todos los ámbitos (Conavim, 2018).

¹¹⁸ En mi opinión un factor relevante que se debe considerar en este contexto es el impacto de las políticas públicas en el desarrollo social y económico de la región. La implementación de programas y proyectos que promuevan la inclusión, la equidad, la innovación y la sostenibilidad puede generar

Según los testimonios de las mujeres que participaron en este estudio, ellas no recibieron información suficiente ni acceso a servicios especializados de apoyo psicológico. Tampoco se implementaron medidas específicas para atender las necesidades de salud mental de ellas, quienes se vieron sometidas a una mayor presión laboral y familiar, sin contar con recursos como terapia gratuita, técnicas de relajación, entre otros.

Un punto fundamental el cual debe mencionarse es que la mayoría de las entrevistadas argumentaron que durante la pandemia las 3 entidades de gobierno, federal, estatal y local deberían garantizar el bienestar social, por medio de la creación de policías o programas en pro del bienestar de la población. Es decir, estos argumentos se debieron por las situaciones vividas como la reducción económica y el desempleo, ya que consideran que ninguna de las entidades tomó acciones para el bienestar social y la salud mental de ellas.

En consecuencia, el no tomar decisiones precisas, perjudica el acceso a la salud y por ende al bienestar social. Zarta Rojas y Juliao Vargas (2021, p. 50) añaden que el futuro de la salud mental reposa en que las políticas públicas, garanticen que miles de personas en riesgo o que padecen algún tipo de trastorno mental tengan atención y cuidados psicológicos básicos.

Por tal motivo es importante escuchar a las mujeres y comprender sus experiencias, emociones y vivencias durante la pandemia, en todos los aspectos ya sea como individuos, como madres y como trabajadoras asalariadas, además de entender las vivencias en su familia, en su pareja y relaciones. Todo esto con el fin de crear políticas públicas con perspectiva de género que fomenten la salud mental y emocional para las mujeres. Así como el aumentar las oportunidades en los distintos ámbitos públicos, laborales, educativos, personales, entre otros.

Otro aspecto importante que se debe tomar en cuenta en las políticas de salud mental es el crear estrategias y campañas como educar y modificar el papel de los roles de género, pues a pesar de que había hombres en casa durante el confinamiento, las mujeres fueron quienes principalmente se encargaron de los trabajos de cuidado y del hogar, así como de las actividades escolares de los hijos

beneficios a largo plazo para la población y el medio ambiente. Asimismo, es necesario fortalecer la participación ciudadana y la rendición de cuentas de las autoridades, para garantizar la transparencia y la eficacia de las acciones gubernamentales.

e hijas. Finalmente, se deberían tomar en cuenta algunos de los temas de esta investigación en la implementación de políticas públicas en salud mental.

Para esta investigación fue importante rescatar lo dicho por la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM, 2020, p. 28).

Es importante fomentar mecanismos de corresponsabilidad en materia de cuidados, es una forma de proteger la salud de las mujeres, además de darles tiempo para el autocuidado y su salud mental, además de ser una precondition esencial para la igualdad de género

Dado que la corresponsabilidad implica que tanto el Estado como la sociedad civil y el sector privado asuman su parte de responsabilidad en el cuidado de las personas dependientes, especialmente de las niñas y los niños. Esta es una precondition esencial para la igualdad de género, ya que permite que las mujeres puedan acceder a oportunidades laborales, educativas y políticas sin tener que renunciar a su rol de cuidadoras. En pocas palabras, el cuidado no es solo una cuestión individual o familiar, sino que es un asunto público que requiere de políticas públicas integrales y efectivas —en los distintos ámbitos y esferas¹¹⁹.

Del mismo modo, la pandemia evidenció la triple explotación de las mujeres debido al *home office*, la educación de los hijos e hijas y el trabajo doméstico, a

¹¹⁹ Además de considerar, en algún momento, el establecer políticas laborales con perspectiva de género. Los principales temas por considerar son: cambiar la perspectiva que se tiene en las labores de cuidado como una actividad importante en el desarrollo económico de una sociedad, además de modificar la desigualdad que existe dentro de la repartición de actividades no remuneradas en los hogares, esto debería tener un cambio, como la repartición de tareas equitativas de todos quienes vivan en la casa. Por lo cual sería importante como lo menciona ONU Mujeres y CEPAL (2020) promocionar en los medios de comunicación y campañas que tengan el propósito de reconstruir los roles y estereotipos de género desde la información, educación y actividades que brinde el gobierno. Como se demostró en esta investigación, la salud mental de las mujeres durante la pandemia estuvo influenciada ante la sobrecarga de trabajo, ocasionada por las responsabilidades en el trabajo asalariado, en el hogar, así como las actividades escolares y de cuidado de los hijos e hijas. Por lo tanto, unos aspectos importantes a tomar en cuenta son:

- Fomentar el autocuidado en la salud física y mental de las mujeres,
- Promover la responsabilidad compartida de ambos padres, desde las actividades en el hogar y en el cuidado de los hijos e hijas. Tal y como la Comisión Interamericana de Mujeres añade

causa de las labores de cuidado asignadas a las mujeres en el modelo de familia patriarcal mexicana (Rojas Salazar, 2021, p. 85).

Finalmente podría decir que la investigación buscó examinar el impacto de la sobrecarga laboral y la falta de perspectivas de género en las políticas públicas de salud mental sobre el bienestar psicológico de las mujeres de ambas colonias de Cuajimalpa. La hipótesis inicial era que las mujeres de Santa Fe y Acopilco presentaban distintos niveles de ansiedad y depresión debido a las condiciones sociales y económicas de cada lugar.

En contraste con la hipótesis inicial, las escalas PHQ-9 y GAD-7 no mostraron grandes diferencias entre los grupos de mujeres. Sin embargo, los factores que influyeron en la salud mental de las mujeres de Acopilco y Santa Fe fueron diferentes. Es decir, las mujeres de Acopilco reportaron más elementos que afectan negativamente su salud mental que las de Santa Fe¹²⁰.

Antes de concluir sería primordial mencionar la importancia de políticas públicas de salud mental¹²¹ en el contexto actual de crisis sanitaria, social y económica que afecta a millones de personas en el mundo. La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, sino también el bienestar psicológico, emocional y social de las personas. Por esa razón las políticas públicas de salud mental deben tener en cuenta los determinantes sociales de la salud mental, como la pobreza, la violencia, la discriminación, el desempleo, el aislamiento y el estrés. Estas políticas deben promover la prevención, la detección temprana, el tratamiento adecuado y la rehabilitación de las personas con problemas de salud mental, así como la protección de sus derechos humanos y su participación social. Las políticas

¹²⁰ Este estudio comparativo reveló que los temas que perjudicaron la salud mental entre las mujeres de Acopilco y las de Santa Fe fueron distintos. Los factores que perjudicaron la salud mental de las mujeres de Acopilco fueron la sobrecarga de trabajo doméstico, la precariedad económica y laboral de ellas y sus esposos, el convivir con familia política, el temor al contagio y la falta de acceso a servicios médicos. Por el contrario, las mujeres de Santa Fe manifestaron preocupaciones más relacionadas con la interrupción de sus metas profesionales, la pérdida de ingresos por la cancelación de proyectos o clientes y el confinamiento obligatorio que les impedía salir a divertirse y les generaba conflictos con sus hijos.

¹²¹ Esta importancia de las políticas públicas de salud mental radica en que son instrumentos para garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas, especialmente de aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad o riesgo. Las políticas públicas de salud mental deben estar basadas en evidencia científica, en principios éticos y en el respeto a los derechos humanos. Asimismo, deben promover la prevención, la atención integral, la rehabilitación y la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, así como la participación de los usuarios, las familias y la comunidad en el diseño, la implementación y la evaluación de estas. Las políticas públicas de salud mental son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población, así como para contribuir al desarrollo social y económico del país.

públicas de salud mental son una inversión que beneficia no solo a las personas afectadas, sino también a sus familias, comunidades y sociedades en general.

Para concluir, podría decir que la pandemia perjudicó a cada género de forma distinta. Sin embargo, las madres trabajadoras vivieron en una jaula cuya carga de trabajo les sobrepasó, lo que comprueba que esta idea utópica de que la esfera pública está separada de la esfera privada es un mito. Por lo tanto, el punto fundamental es que el gobierno empiece a invertir en programas en la salud pública y salud mental. Al mismo tiempo que se cree un cambio en ambas esferas en las que el gobierno, la población y las empresas creen programas de cuidados y roles de tareas de forma equitativa, sin importar el género.

Bibliografía

- Abufhele, M., y Jeanneret, V. (2020). Puertas Adentro: La otra cara de la pandemia. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(3), 319-321.
- Aguilá, E., García, Cecilia., Solé, Aimada., y Pibernat, laia. (2017). El condicionante de Género en la salud. In Farmamundi (Ed.), *Género y salud: una visión global desde experiencias locales* (pp. 7–16). Farmamundi.
- Aguilar Sosa, Y. (2020). *Ineficacia e irresponsabilidad del gobierno ante la pandemia*. El Universal.
- Alcocer Varela, J., Robledo Aburto, Z., Ramírez Rivera, L., López-Gatell Ramírez, H., Flores Jiménez, P., Ferrer Aguilar, J., Lara Saldaña, G., Santos Preciado, J., y Lecuona González, M. (2020). *Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*. Gobierno de México.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf
- Alonso Benito, L. E. (2007). *La crisis de la ciudadanía laboral*. Anthropos Editorial.
- Amilpas García, M. (2012). Mujeres, trabajo de cuidados y sobreexplotación desigualdades de género en México durante la pandemia por COVID-19. *Revista Espacio I+D Innovación Más Desarrollo*, 9(25), 99–117.
<https://doi.org/10.31644/IMASD.25.2020.a06>
- Anáhuac Querétaro. (2020). *Políticas Públicas ante la Pandemia COVID-19*. Anáhuac.
- Andrey, F. , German, C., Rojas, Z., y Vargas, J. (2021). Pandemia y salud mental en la nueva realidad. *Hojas de El Bosque*, 7(12), 49–57.
- Arias-de la Torre, J., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., Artazcoz, L., y Martín, V. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 235–241.
<https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2017.11.005>
- Arteaga, F. (2020). La gestión de pandemias como el COVID-19 en España: ¿enfoque de salud o de seguridad? *Real Instituto Elcano*.
- Arteaga-Aguirre, C., Cabezas-Cartagena, V., y Ramírez-Cid, F. (2021). Mujeres, teletrabajo y estrategias de cuidados en el contexto de pandemia en Chile. *Revista CS*, 35, 11–39. <https://doi.org/10.18046/recs.i35.4879>
- Arteaga-Aguirre, C., Cabezas-Cartagena, V., Ramírez-Cid, F., Arteaga-Aguirre, C., Cabezas-Cartagena, V., y Ramírez-Cid, F. (2021a). Mujeres, teletrabajo y estrategias de cuidados en el contexto de pandemia en Chile. *CS*, 35, 11–39. <https://doi.org/10.18046/RECS.I35.4879>
- Arteaga-Aguirre, C., Cabezas-Cartagena, V., Ramírez-Cid, F., Arteaga-Aguirre, C., Cabezas-Cartagena, V., y Ramírez-Cid, F. (2021b). Mujeres, teletrabajo y estrategias de cuidados en el contexto de pandemia en Chile. *CS*, 35, 11–39. <https://doi.org/10.18046/RECS.I35.4879>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (5rí). Asociación Americana de Psiquiatría.
www.appi.org

- Ávila Sánchez, H. (2020). Algunos impactos de la emergencia sanitaria en espacios rurales. *Notas de Coyuntura Del CRIM (24)*, 1-5 (2020).
<https://doi.org/10.22201/CRIM.001R.2020.24>
- Baader M, T., Molina F, J. L., Venezian B, S., Rojas C, C., Farías S, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., y Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10–22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Baader, T., Molina, J., Venezia, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, Carlos., Backenstrass, Mathias., y Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10–22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v50n1/art02.pdf>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020a). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34 Suppl 1, 61–67.
<https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2020.06.013>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020b). Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020. In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 34, pp. 61–67). Ediciones Doyma, S.L.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., y Jiménez-Carrillo, M. (2022). Gender inequality and mental health medicalization: Sociocultural determining factors from the analysis of expert perceptions. *Atencion Primaria*, 54(7).
<https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2022.102378>
- Bacigalupe, A., y Martín, U. (2021). Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(3), 317–324.
<https://doi.org/10.1177/1403494820944736>
- Balbo, Laura. (1978). La doppia presenza. *Inchiesta* 32, 3–6. <https://prod-cdn.atria.nl/wp-content/uploads/sites/2/2019/01/22104147/BIDD-INCHIESTA.pdf>
- Ballerka Lasa, N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., y Santed Germán, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento informe de investigación*.
- Barabas M, A. (2021). ¿Qué es un pueblo originario? *Arqueología Mexicana* , 171.
<https://arqueologiamexicana.mx/mexico-antiguo/que-es-un-pueblo-originario>
- Basaglia, F. (1987). *MUJER, LOCURA Y SOCIEDAD* (2 edición). Universidad Autónoma de Puebla.
- Basilio Morales, E. (2020). *La carga laboral de las mujeres aumentó por la pandemia de la COVID-19*.
- BBC News Mundo. (2020). *Coronavirus: 3 claves para entender cómo Reino Unido se convirtieron en el país de Europa con más muertos por covid-19 (y el segundo en el mundo) - BBC News Mundo*. BBC News.
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52496950>

- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. (2 edición). Basic Books.
<https://psycnet.apa.org/record/2006-01301-000>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, Gary. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19° edición). Descleé De Brouwer.
- Becker, P. E., y Moen, P. (1999). Scaling back: Dual-earner couples' work-family strategies. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 995–1007.
<https://doi.org/10.2307/354019>
- Berenzon Gorn, S., Saavedra Solano, N., Medina-Mora Icaza, M., Aparicio Basaurí, V., y Galván Reyes, J. (2013). Forma de citar Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Publica*, 33(4), 252–260.
- Berenzon, S., Asunción Lara, M., Robles, R., y Elena Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74–80.
- Berlinski, S., Gagete-Miranda, J., y Vera-Hernández, M. (2020). *Los problemas de salud, la pobreza y los desafíos de COVID-19 en América Latina y el Caribe - Ideas que Cuentan*. BID. <https://blogs.iadb.org/ideas-que-cuentan/es/los-problemas-de-salud-la-pobreza-y-los-desafios-de-covid-19-en-america-latina-y-el-caribe/>
- Besarez Silva, F., Jiménez Figueroa, A., y Riquelme Orellana, E. (2014). Apoyo organizacional hacia la familia, corresponsabilidad y satisfacción laboral según tipo de políticas organizacionales de equilibrio trabajo-familia. *Trabajo y Sociedad*, 23, 525–535.
- Biordi, D. L., y Nicholson, N. R. (2013). Social isolation. In *Chronic illness: Impact and intervention* (pp. 85–115). Jones y Bartlett Learning.
- Blondin, D., y Boin, A. (2020). Cooperation in the Face of Transboundary Crisis: A Framework for Analysis. *Perspectives on Public Management and Governance*, 3(3), 197–209. <https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvz031>
- Boca, D. del, Oggero, N., Profeta, P., y Rossi, M. C. (2020). Women's Work, Housework and Childcare, before and during COVID-19. *Review of Economics of the Household*, 18(4), 1001–1017. www.iza.org
- Boin, A., Ekengren, M., y Rhinard, M. (2021). *Understanding the Creeping Crisis* (A. Boin, M. Ekengren, y M. Rhinard, Eds.). Springer Nature.
<https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/48682/9783030706920.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boin, A., Mcconnell, A., y T Hart, P. (2021). *Governing the Pandemic The Politics of Navigating a Mega-Crisis*. Springer Nature.
- Bonifaz Alfonso, L. (2020). Trabajo doméstico y pandemia. *El Universal*.
- Borrescio-Higa, F., y Valenzuela, P. (2021). Gender Inequality and Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Public Health*, 66.
<https://doi.org/10.3389/IJPH.2021.1604220>
- Brena Sesma, I. (2013). Emergencias sanitarias. In *Instituto de Investigaciones Jurídicas*.
- Brik, M., Sandonis, M. A., Fernández, S., Suy, A., Parramon-Puig, G., Maiz, N., Dip, M. E., Ramos-Quiroga, J. A., y Carreras, E. (2021). Psychological impact and social support in pregnant women during lockdown due to SARS-CoV2

- pandemic: A cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 100(6). <https://doi.org/10.1111/aogs.14073>
- 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. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 46. <https://orcid.org/0000-0002-0613-3459>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020a). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. In *The Lancet* (Vol. 395, Issue 10227, pp. 912–920). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020b). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. In *The Lancet* (Vol. 395, Issue 10227, pp. 912–920). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S. , y Vogel, S. R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1). <https://doi.org/10.1037/h0028797>
- Brugué, J., y Gallego, R. (2001). ¿Una administración pública democrática? *Ciudadanos y Decisiones Públicas*, 43–58.
- Buedo, P. (2021). Bioética feminista: un marco para pensar la autonomía en salud mental. *Revista Redbioética / UNESCO*, 1(23), 13–18.
- Cabanyes, Javier., y Monge, M. Ángel. (2017). *La salud mental y sus cuidados* (EUNSA, Ed.; 4th ed.). http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroSaludMentalCuidados.pdf
- Cabildo, H. (1959). La higiene mental en la salud pública. *Salud Pública de México.*, 1(2), 173–175.
- Cabrerizo, C. C. (2016). *La ciudad negocio. Turismo y movilización social en pugna*. Cisma Editorial.
- Cabrero Mendoza, E. (2006). El horizonte de la participación ciudadana en las políticas públicas del ámbito local de gobierno. ¿Hacia una gestión de proximidad? In *Ciudadanía, democracia y políticas públicas* (pp. 273–297). UNAM. https://scholar.google.com/scholar?hl=esyas_sdt=0%2C5yq=Cabrero%2C+E.+%282006%29.+El+horizonte+de+la+participaci%C3%B3n+ciudadana+en+las+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas+del+%C3%A1mbito+local+de+Gobierno.+%2BFHacia+una+gesti%C3%B3n+de+proximidad%3F+Ciudadan%C3%ADa+%2C+democracia+y+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas.ybtnG=#d=gs_cityt=1652483076274yu=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3Acdwa4u2xdbwJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des
- Caeme. (2021). *El otro impacto del Covid: las consecuencias en la salud mental*. <https://www.caeme.org.ar/el-otro-impacto-del-covid-las-consecuencias-en-la-salud-mental/>
- Cain Miller, C. (2022). El trabajo no remunerado puede afectar más la salud mental de las mujeres que de los hombres . *The New York Times*.

- <https://www.nytimes.com/es/2022/10/06/espanol/trabajo-no-remunerado-mujeres.html>
- Calderón, D. M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered*, 29, 182–191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Camargo, Loida., Herrera-Pino, Jorge., Shelach, Salomon., Soto-Añari, Marcio., Porto, M. F., Alonso, Monica., Gonzalez, Miguel., Contreras, Oscar., Caldichoury, Nicole., Ramos-Henderson, Miguel., Gargiulo, Pascal., y López, Norman. (2021). Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>
- Camhaji, E. (2021, April 29). *La gestión de la pandemia en México ha sido un fracaso fenomenal*. El País.
- Campodónico, N. (2018). Las políticas públicas en el campo de la salud mental. Un abordaje historográfico desde la psicología. *Anuario de Investigaciones*, 25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253032>
- Cardoso, M. M., y Fritschy, B. A. (2012). Revisión de la definición del espacio rurbano y sus criterios de delimitación. *Contribuciones Científicas GAEA*, 24, 27–39.
- Carrasco-Mullins, R. (2021). Teletrabajo: ventajas y desventajas en las organizaciones y colaboraciones. *Periodicidad: Semestral*, 4(2), 2021.
- Carrasquer Oto, P. (2009). *La doble presencia, el trabajo y el empleo femenino en las sociedades contemporáneas*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Carrazana, Valeria. (2003). El concepto de salud mental en Psicología Humanista-Existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBS*, 1(1), 1–19. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>
- Casado, M., Luna, F., y Vázquez, R. (2014). *GÉNERO Y BIOÉTICA*. Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Castillo León, M. T., Carrillo Trujillo, C. D., Campo Marín, T. C., y Barrera Flores, M. J. (2019). Salud Mental en contextos de pobreza en el sureste mexicano. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 53(2), 263–280.
- Cediel, N. M., Sánchez, M. J., Sánchez, K. D., y Castro, P. M. (2020). Pandemia de la covid-19. *Revista Universidad de La Salle*, 1(84), 123–144. <https://doi.org/10.19052/ruls.vol1.iss84.9>
- Celestino, J. C., Peña, C. S., Ramos, J. M. H., y Jiménez, V. L. (2022). Estrés laboral al trabajar en Home Office. *Revista Ingeniería y Gestión Industrial*, 1(2). <https://ingenieriaygestion.uanl.mx/index.php/r>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., y Labelle, R. P. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113599>

- CEPAL. (2020). *Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*. CEPAL.
<https://osarguatemala.org/embarazo/datos/>;
- CEPAL. (2022). *La sociedad del cuidado Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género*. www.issuu.com/publicacionescepal/stacks
- Chao, M., Xue, D., Liu, T., Yang, H., y Hall, B. J. (2020). Media use and acute psychological outcomes during COVID-19 outbreak in China. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102248. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2020.102248>
- Chesler, P. (2019). *Mujeres y locura* (Continta me tienes, Ed.). Continta me tienes.
<https://contintametienes.com/producto/mujeres-y-locura/>
- CIEP. (2018). *Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento*.
<https://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>
- CIEP. (2020, October). *Presupuesto para salud 2021: Prioridad en la creación de plazas médicas*. CIEP. <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-2021-prioridad-en-la-creacion-de-plazas-medicas/#fnref1>
- CIM. (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres: Emergencia global de los cuidados*. OEA. <http://www.oas.org/cim>
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad: ciencia y práctica*. DESCLÉE DE BROUWER S.A.
https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Clark, E. (2005). The order and simplicity of gentrification: a political challenge. In R. Atkinson y G. Bridge (Eds.), *Gentrification in a global context: the new urban colonialism* (Vol. 7, Issue 1, pp. 261–269). Routledge.
<https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>
- CNN. (2019, February 22). *Derechos de licencia por maternidad, paternidad y adopción en México*. CNN-Law.
- CNN Español. (2021). *Mujeres, las principales afectadas por el desempleo en México durante la pandemia: 5 puntos para explicar este problema*. CCN Español.
- CNPSS. (2010). *Catálogo Universal de Servicios de Salud 2010*.
- CONACYT. (2022). *COVID-19 Tablero México - CONACYT - CentroGeo - GeoInt - DataLab*. Gobierno de México. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Conavim. (2018). *¿Qué es la perspectiva de género y por qué es necesario implementarla?* Comisión Nacional Para Prevenir y Erradicar La Violencia Contra Las Mujeres. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-perspectiva-de-genero-y-por-que-es-necesario-implementarla>
- Congreso de la Ciudad de México. (2021). *Aprueban nueva Ley de Salud en CDMX para garantizar servicio médico universal y gratuito*.
<https://www.congresocdmx.gob.mx/comsoc-aprueban-nueva-ley-salud-cdmx-garantizar-servicio-medico-universal-y-gratuito-2455-1.html>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2001). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diputados.
<http://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtv/iniciativas/Inic/136/2.htm>
- Contreras Esquivel, O. (2011). *Historia de Cuajimalpa, el Marquesado del Valle, tomo II. : Vol. II*. Libros de Cuajimalpa.

- Córdova Aguilar, H. (2009). Ventajas y desventajas del desarrollo rural sostenible en ambientes de montaña. *Espacio y Desarrollo*, 21, 7–19.
- Coronavirus (COVID-19) Deaths - Our World in Data. (2022).
<https://ourworldindata.org/covid-deaths>
- Cortés Vázquez, E. B., Ramírez Guerrero, E. M., Olvera Méndez, J., y Arriaga Abad, Y. D. J. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas En Psicología*, 14(20), 78-88.
- Craske, M. G., y Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
- Crenshaw, Kimberlé. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics* (Vol. 14). In University of Chicago Legal Forum.
- Crenshaw Williams, Kimberlé. (2012). Cartografiando los márgenes Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color. In *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (Vol. 1).
- Cruz, B. N. (2008). Procesos de gentrificación en lugares rururbanos: presupuestos conceptuales para su estudio en Colombia. *Revista de Antropología y Sociología: VIRAJES*, 10, 253-269.
- Cruz, M. S., y Carrillo, A. (2006). Un ejercicio de planeación y la construcción de nuevos espacios urbanos: el caso de Santa Fe. In M. S. Cruz Rodríguez (Ed.), *Espacios metropolitanos 2. Población, planeación y políticas de gobierno* (pp. 141–174). Red Nacional de Investigación Urbana.
- Cruz Marcelo, J. N. (2023). *Impacto de la pandemia por COVID-19: las políticas públicas y la pobreza*. Este País.
- Crúz, P., Méndez, B., y Culebro Moreno, J. E. (2020). Liderazgo y la gestión de crisis en México: un área de prácticas improvisadas en gobiernos sub-nacionales. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 9(2), 33–47.
- Cruz Rodríguez, M. S. (2019). Urbanización y procesos locales en los pueblos del poniente de la zona metropolitana de la Ciudad de México. *Carta Económica Regional*, 124, 57–80. <https://doi.org/10.32870/cer.v0i124.7768/Esta>
- Cruz-Meléndez, C., y Valencia López, O. D. (2020). Vista de Políticas públicas orientadas a la e-salud en México durante la crisis de covid-19. *Revista de Salud Pública*, 51–64.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/31329/32041>
- Cruz Rodríguez, M. S., y Moreno Flores, A. (2007). El poblamiento tradicional y la reorganización del espacio urbano en el «territorio global» en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). *L'Ordinaire Des Amériques*, 207, 47–67. <https://doi.org/10.4000/ORDA.3344>
- Culebro Moreno, Jorge. (2020). México ante el Covid-19 Gestión de crisis y retos para el sistema de salud. La coordinación vertical y horizontal para los sistemas de salud en México. *Reporte Cesop*, 132, 44–53.
<https://www.researchgate.net/publication/346642075>
- Davini, M. C., Gellon de Salluzzi, S. R., y Rossi, A. A. (1978). *Psicología general*. Kapelusz.
- Davis, A. (2018). El trabajo doméstico toca su fin: una perspectiva de clase. In *Mujeres, raza y clase, colección Socialismo y libertad* (pp. 252-273.). El Sudamericano.

- De Boise, S., y Hearn, J. (2017). Are men getting more emotional? Critical sociological perspectives on men, masculinities, and emotions. *The Sociological Review*, 65(4), 779–796. <https://doi.org/10.1177/0038026116686500>
- de Castro, F., Place, J. M. S., Billings, D. L., Rivera, L., y Frongillo, E. A. (2015). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 463–471. <https://doi.org/10.1007/S00737-014-0472-1/METRICS>
- De Lellis, M. (2013). Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. *Aletheia*, 41, 8–23.
- del Río Lozano, M., y García Calvente, M. del M. (2021). Caregiving and the COVID-19 pandemic from a gender perspective. *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 594–597. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.006>
- Delgado, E. C., de La Cera, D. X., Lara, M. F., y Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23–36.
- Departamento de Psicopedagogía. (2021). *Directorio instituciones que brindan apoyo psicológico gratuito a distancia*.
- Diario Oficial de la Federación. (2020, March 24). *Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*. DOF.
- Díaz Barrera, A. M., Rojas Migueles, M., y Noh Canché, K. A. (2023). *Sosteniendo la pandemia: mujeres y su contexto doméstico dentro del sistema capitalista patriarcal*. Ichan Tecolotl.
- Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S., y Wolfgang Velasco Matus, P. (2012). Masculinidad-feminidad y salud mental. *Persona*, 15, 137–156.
- Dostal, J. M. (2020). Governing Under Pressure: German Policy Making During the Coronavirus Crisis. *Political Quarterly*, 91(3), 542–552. <https://doi.org/10.1111/1467-923X.12865>
- Drennan, L. T., Mc Connell, A., y Stark, A. (2014). Risk and crisis management in the public sector. In *Risk and Crisis Management in the Public Sector* (2nd edición). Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315816456/RISK-CRISIS-MANAGEMENT-PUBLIC-SECTOR-LYNN-DRENNAN-ALLAN-MCCONNELL-ALASTAIR-STARK>
- DSN. (2021, March 24). *Coronavirus (COVID-19) - 24 de marzo 2021*. Departamento de Seguridad Nacional. <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-24-marzo-2021>
- DSN. (2022, July 8). *Coronavirus (COVID-19) - 08 de julio 2022*. Departamento de Defensa Nacional. <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-08-julio-2022>
- Duarte Ortíz, F. (2018). Inteligencia emocional asociada a salud mental en estudiantes universitarios de la carrera de psicología. *Innovare: Ciencia y Tecnología*, 7(1), 58–73. <https://unitec.edu/innovare/published/volume-7/number-1/714-inteligencia-emocional-asociada-a-salud-mental-en-estudiantes-universitarios-de-la-carrera-de-psicologia.pdf>

- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. *Revista Terapia Psicológica*, 32(1), 65–74.
- Editorial Grudemi. (2018). Imperio napoleónico. In 2018.
- EFE. (2021). *La pandemia disparó casos de ansiedad y depresión, más en mujeres y jóvenes*. Cuba News.
- Eguiluz, I. (2021). Entre Ulises y Penélope: integrar la perspectiva de género en los estudios sobre la salud mental de las mujeres migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 29(63), 159–177. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006310>
- Emmanuel, E., y St John, W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2104–2115. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2010.05371.X>
- ENBIARE. (2021). *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado* (INEGI, Ed.).
- ENCOVID-19. (2021). *ENCOVID-19: Siguiendo los Efectos de la COVID-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos*.
- Equipo editorial. (2021, August 5). *Urbanización*. Etecé.
- Equipo Editorial Etecé. (2022). *Grupo Etario*. Concepto. <https://concepto.de/grupo-etario/>
- Equipo Visual y de Periodismo de Datos BBC. (2022). Coronavirus: 8 gráficos que muestran el número de casos y muertes por covid-19 y qué países están vacunando más en América Latina y el resto del mundo. *BBC*.
- Esteban-Gonzalo, S., Aparicio, M., y Estaban-Gonzalo, L. (2018). Perspectiva de género: Mujeres, género y salud psicológica. *Women and Health*, 58(7), 744–758. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1353574>
- Estévez, R. (2013). *Rurbanización: vive en el campo como lo harías en la ciudad*. EcoinTELigencia.
- Expansión Política. (2021). *Estudio encargado por la OMS: "México fracasó en su respuesta a la pandemia."* Expansión Política .
- Fan, Y. J., Wang, P. X., Liu, N., Li, B., Feng, Y. J., Li, B. B., y Su, Z. Z. (2021). Correlation of sexual behavior change, family function, and male-female intimacy among adults aged 18-44 years during COVID-19 epidemic. *Sexual Medicine*, 9(1), 100–301.
- FAO. (2018). *México rural del Siglo XXI*. www.fao.org/publications
- Farré, L., Fawaz, Y., González, L., y Graves, J. (2022). Gender Inequality in Paid and Unpaid Work During Covid-19 Times. *Review of Income and Wealth*, 68(2), 323–347. <https://doi.org/10.1111/ROIW.12563>
- Fernández Heredia, B. de la L. (2004). La salud mental desde la perspectiva de género. *Uaricha* , 1(3), 20–23.
- Fernández López, O., Jiménez Hernández, B., Alfonso Almirall, R., Sabina Molina, D., y Cruz Navarro, J. Rafaela. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de Las Ciencias Médicas En Cienfuegos*, 10(5), 466–479. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
- Ferreira Beltrán, M. C. (2021). Desigualdades y brechas de género en tiempos de pandemia. *Las Ciencias Sociales y El Coronavirus Ciclo de Charlas y Debates En Torno a La Pandemia Mundial Por Coronavirus (COVID-19)*.

- Flores Palacios, F. (2003). *PSICOLOGÍA SOCIAL Y GÉNERO El sexo como objeto de representación social* (UNAM, Ed.; segunda edición).
- Forbes México. (2020). *Pandemia agrava problemas de salud mental en mexicanos*. Forbes México. <https://www.forbes.com.mx/noticias-pandemia-agrava-problemas-de-salud-mental-en-mexicanos/>
- Franco Corzo, J. (2021). *El País de los Elefantes Blancos*. IEXE.
- Fuentes, M. L. (2023). La desatendida salud mental; la CDMX y el Edomex, con más casos. *Excélsior*.
- Fulghum Bruce, D. (2023). Depression in Women . *WebMD*.
- Fussell, E., y Gauthier, A. H. (2005). American Women's Transition to Adulthood in Comparative Perspective. In *On the frontier of adulthood: Theory, research, and public policy*. (pp. 76–109). The University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226748924.003.0003>
- Gaceta Oficial del Distrito Federal. (1997). *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México*. 2(24).
- Galende, Emiliano. (1997). *De un horizonte incierto : psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual* (1st ed.). Paidós.
- Galván, M. (2022, June 26). *La atención a la salud mental se transforma y deja de lado a los psiquiátricos*. Expansión Política.
- García Jiménez, L. E. (2021). *El impacto psicológico del confinamiento por COVID-19 en la salud mental del cuerpo estudiantil mexicano*. Desde La Orilla: Reflexiones Sobre Estudios Culturales . <https://colef.mx/posgrado/blog-estudios-culturales/el-impacto-psicologico-del-confinamiento-por-covid-19-en-la-salud-mental-del-cuerpo-estudiantil-mexicano/>
- García Simón, T. A. (2007). La educación de adulto mayor: Antecedentes y perspectivas. *Revista Psicología Científica.Com*, 9(6), 1-5|. www.psicologiacientifica.com
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 56, 459–466.
- Gil Moreira, J. (2022). *Homeschooling: la incipiente y cuestionada tendencia educativa que creció con la pandemia*. La Nación.
- Gobierno de México. (2020a). *Cuajimalpa de Morelos: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública | Data México*. Gobierno de México. <https://datamexico.org/es/profile/geo/cuajimalpa-de-morelos?healthAreas=ruralHealthyPopulationType=totalPopulation>
- Gobierno de México. (2020b). *Impulsa el ISSSTE estrategia de atención y prevención de enfermedades mentales a causa de la contingencia por COVID-19*. Gobierno de México.
- Gobierno de México. (2020c). *Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la ley general de salud, en materia de salud mental, a cargo de la diputada María Rosete, del grupo parlamentario del PT*. Gobernación.
- Gómez Benito, J., y Berrío Beltrán, A. (2021). El exceso de información sobre la pandemia ya ha hecho mella en nuestra salud mental. *The Conversation*, 4. <https://theconversation.com/el-exceso-de-informacion-sobre-la-pandemia-ya-ha-hecho-mella-en-nuestra-salud-mental-148862>
- Gómez, C., Poy, L., y Xantomila, J. (2022). La pandemia triplicó las cargas de trabajo para las mujeres: PNUD. *Periódico La Jornada*.

- Gómez, C., Xantomila, J., y Poy, L. (2022, March 3). *Por la pandemia, triple carga de trabajo a mujeres*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/03/03/sociedad/por-la-pandemia-triple-carga-de-trabajo-a-mujeres/>
- Gómez, S. (2003). *El mundo rural: transformaciones y perspectivas a la luz de la nueva ruralidad*. LOM.
- González, V. (2020, June). *¿Las mujeres trabajan más durante la cuarentena?* OCC. <https://www.occ.com.mx/blog/mujeres-trabajan-mas-durante-home-office/>
- Gorostegui, M. E. (2008). Adultez. In *Psicología general y evolutiva* (pp. 347–367).
- Granjo, A. (2020). Los covidivorcios después del confinamiento por el covid-19: Breve análisis de las causas y soluciones desde una visión constructiva. *Revista Jurídica Valenciana*, 35, 70–92. [https://www.aa.org/assets/es_es/smf-](https://www.aa.org/assets/es_es/smf-Grasselli, G., Zangrillo, A., Zanella, A., Antonelli, M., Cabrini, L., Castelli, A., Cereda, D., Coluccello, A., Foti, G., Fumagalli, R., Iotti, G., Latronico, N., Lorini, L., Merler, S., Natalini, G., Piatti, A., Ranieri, M. V., Scandroglio, A. M., Storti, E., ... Pesenti, A. (2020). Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected with SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA - Journal of the American Medical Association, 323(16), 1574–1581. https://doi.org/10.1001/JAMA.2020.5394)
- Grasselli, G., Zangrillo, A., Zanella, A., Antonelli, M., Cabrini, L., Castelli, A., Cereda, D., Coluccello, A., Foti, G., Fumagalli, R., Iotti, G., Latronico, N., Lorini, L., Merler, S., Natalini, G., Piatti, A., Ranieri, M. V., Scandroglio, A. M., Storti, E., ... Pesenti, A. (2020). Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected with SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(16), 1574–1581. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2020.5394>
- Greer, G. (1971). *The Female Eunuch*.
- Güereca Torres, R. (2017). Violencia epistémica e individualización: tensiones y nudos para la igualdad de género en las IES. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, 28(74), 11–32. <https://www.redalyc.org/journal/340/34056723002/html/>
- Gutiérrez de MacGregor, M. T. (2003). Desarrollo y distribución de la población urbana en México. *Boletín Del Instituto de Geografía*, 77–91.
- Hagene, T. (2007). Diversidad cultural y democracia en la Ciudad de México: el caso de un pueblo originario. *Anales de Antropología*, 41(1), 173–203. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/diversidad-cultural-y-democracia-en-la-ciudad-de/docview/871226960/se-2?accountid=45394>
- Hagene, T. (2010). Prácticas políticas cotidianas en un pueblo originario del Distrito Federal: el papel de los chismes y rumores. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 23(73), 35–57.
- Halpern, D. (2010). *Gestión de crisis. Teoría y práctica de un modelo comunicacional* (RIL, Ed.).
- Hatton, E. (2017). Mechanisms of invisibility: rethinking the concept of invisible work. *Work, Employment and Society*, 31(12), 336-351.
- Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T., y Preacher, K. J. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychology*, 29(2), 124.
- Heiss, C. (2020). Chile: entre el estadiillo social y la pandemia. *Análisis Carolina*, 18.
- Hermosa-Bosano, C., Paz, C., Hidalgo-Andrade, P., García-Manglano, J., Sádaba-Chalezquer, C., López-Madrigal, C., Serrano, C., Hermosa-Bosano, C., Paz, C., Hidalgo-Andrade, P., García-Manglano, J., Chalezquer, C. S., López-Madrigal, C., y Serrano, C. (2021). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(2), 40–47. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30200040>

- Hernández Bringas, Héctor. (2020). Mortalidad por COVID-19 en México: notas preliminares para un perfil sociodemográfico. *Notas de Coyuntura Del CRIM*, 36, 1–7. <https://doi.org/10.22201/CRIM.001R.2020.36>
- Hernández Temis, J. R. (2022). *En México, salud mental no ha sido prioridad: Shoshana Berenzon – Universo – Sistema de noticias de la UV*. Universo. <https://www.uv.mx/prensa/general/en-mexico-salud-mental-no-ha-sido-prioridad-shoshana-berenzon/>
- Herrera Gómez, C. (2013). ¿Qué es «lo normal»? ¿Quién es «normal»? Entretanto Magazine.
- Hesmondhalgh, D., y Baker, S. (2015). Sex, gender, and work segregation in the cultural industries. *Sociological Review*, 63(S1), 23–36. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.12238>
- Hogenboom, M. (2021, August 25). *Qué es la “desigualdad oculta” y por qué perjudica sobre todo a las mujeres que trabajan*. BBC.
- Huapaya Tapia, R. (2010). Algunos apuntes sobre las relaciones entre el Derecho Administrativo Económico y el concepto anglosajón de la “Regulación.” *Ius et Veritas*, 40, 302–344.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327–361. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Huizen, J. (2021). *La salud mental y el estigma en Latinoamérica*. Medical News Today.
- IESM-OMS. (2011). *IESM-OMS INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN MÉXICO*.
- IMSS. (2021). *Salud mental, componente fundamental de la respuesta a la pandemia: IMSS | Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano.”* <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202112/570>
- INEGI. (2010a). *Principales resultados por localidad 2010 (ITER)*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía .
- INEGI. (2010b, January 1). *Censo de Población y Vivienda 2010*. INEGI; INEGI.
- INEGI. (2019). *Estadística de defunciones registradas 2019*.
- INEGI. (2020a). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf
- INEGI. (2020b). *Panorama sociodemográfico de México 2020*.
- INEGI. (2020c). *Presentación de resultados de la Ciudad de México*.
- INEGI. (2020d). *Población rural y urbana*. INEGI. https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P#:~:text=De%20a cuerdo%20con%20el%20INEGI,viven%20m%C3%A1s%20de%20%2C500%20personas.
- INEGI. (2020e). *Población. Vivimos en hogares diferentes*. <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>
- INEGI. (2020f). *Principales resultados por localidad (ITER) 2020*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=9>
- INEGI. (2021a). *Censo de población y vivienda 2020*. <http://censo2020.mx/>
- INEGI. (2021b). *Estadísticas de defunciones registradas 2021*.

- INEGI. (2021c). *Violencia contra las mujeres en México*. Encuesta Nacional Sobre La Dinámica de Las Relaciones En Los Hogares (ENDIREH).
<https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>
- INEGI. (2022). INDICADORES DE OCUPACIÓN Y EMPLEO FEBRERO DE 2022. In *INEGI*.
- INEGI, y ENBIARE. (2021). *COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 772/21 14 DE DICIEMBRE DE 2021 PÁGINA 1/3 PRESENTA INEGI RESULTADOS DE LA PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE BIENESTAR AUTORREPORTADO (ENBIARE) 2021*.
- Infobae. (2021). *Cómo impactó la pandemia en la calidad de vida de la población: el estudio de la Cruz Roja Argentina que lo revela*. Infobae.
<https://www.infobae.com/sociedad/2021/11/18/como-impacto-la-pandemia-en-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion-el-estudio-de-la-cruz-roja-argentina-que-lo-revela/>
- INMUJERES. (2007). *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*. INMUJERES.
- INMUJERES, y INEGI. (2019). *Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT)*.
<https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/default.html>
- INSABI. (2021). *101 Coordina Salud servicios de atención psicológica ante pandemia por COVID-19 | Instituto de Salud para el Bienestar | Gobierno | gov.mx*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/insabi/prensa/101-coordina-salud-servicios-de-atencion-psicologica-ante-pandemia-por-covid-19>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación. *Revista Instituto Nacional de La Salud Mental*.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2021). Depresión. *NIH*, 21.
www.nimh.nih.gov/depresionestacional.
- Irigoyen-Camacho, M. E., Castaño-Seiquer, A., Velázquez-Alva, M. C., Zepeda-Zepeda, M. A., Cabrer-Rosales, M. F., y Lazarevich, I. (2020). Effect of Income Level and Perception of Susceptibility and Severity of COVID-19 on Stay-at-Home Preventive Behavior in a Group of Older Adults in Mexico City. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7418.
- Ismael, R.-R., la Cruz Anareli, R.-D., David, B.-A., Luis Alberto, B.-R., Yetlanezi, V.-C., Santiago-Gómez Jesús Ricardo, de, Lucio, L.-P., y Beatriz, R.-A. (2021). Cuajimalpa, Ciudad de México. *Revista Etnobiología*, 19, 129–155.
- ISSSTE. (2020a). *Concluye exitosa labor de Harley “El Tuerto” en 10 hospitales del ISSSTE; ayudó a reducir estrés en personal frente a COVID19 | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Gobierno | gov.mx*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/issste/prensa/concluye-exitosa-labor-de-harley-el-tuerto-en-10-hospitales-del-issste-ayudo-a-reducir-estres-en-personal-frente-a-covid19>
- ISSSTE. (2020b). *Llega al ISSSTE “Laluchy Robotina” primera robot humanoide al servicio de la salud mental de pacientes en áreas COVID-19 | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Gobierno | gov.mx*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/issste/prensa/llega-al-issste>

- laluchy-robotina-primera-robot-humanoide-al-servicio-de-la-salud-mental-de-pacientes-en-areas-covid-19
- ISSSTE. (2022). *Contra la depresión, implementa ISSSTE programa integral de salud mental | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Gobierno | gob.mx*. <https://www.gob.mx/issste/prensa/contra-la-depresion-implementa-issste-programa-integral-de-salud-mental#:~:text=Por%20ello%20y%20como%20parte,ni%C3%B1os%2C%20adolescentes%20y%20adultos%20mayores>.
- Jhorima Vielma, R. (2001). Salud Mental y Género. *Otras Miradas*, 1(1), 35–42. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18310105>
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., y Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência y Saúde Coletiva*, 25, 2447–2456. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Kaufman, J. M. (2017). *Bioética feminista y el concepto de salud mental*. <http://jornadasfilo.fahce.unlp.edu.ar>
- Kergoat, D. (2010). Le rapport social de sexe de la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. *Les Rapports Sociaux de Sexe*, 60–75. <https://doi.org/10.3917/PUF.COLLE.2010.01.0060>
- Krauss, A. (2022, May 12). *Paternity Leave Rules in Mexico: Everything You Need To Know*. Remofirst.
- Kroenke, K., Spitzer, R., y Williams, J. (2001a). The Patient Health Questionnaire PHQ-2: Validity of a brief depression severity measure. *Jgim*, 16.
- Kroenke, K., Spitzer, R., y Williams, J. (2001b). The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Kuhlmann, S., Bouckaert, G., Galli, D., Reiter, R., y Hecke, S. van. (2021). Opportunity management of the COVID-19 pandemic: testing the crisis from a global perspective: <https://doi.org/10.1177/0020852321992102>, 87(3), 497–517. <https://doi.org/10.1177/0020852321992102>
- Kunz, G. (2013). *La construcción urbana y espacial de la ZEDEC Santa Fe: origen y desarrollo producto de la reestructuración urbana, y símbolo del proyecto neoliberal mexicano*. Universidad Iberoamericana.
- La Opinión de Málaga. (2021). *El confinamiento generó más problemas de salud mental entre las mujeres*. La Opinión de Málaga. <https://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2021/08/18/confinamiento-genero-problemas-salud-mental-56313103.html>
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *Revista de Educación y Cultura de La Sección*, 47, 216–229.
- Lamy, B. (2006). Sociología urbana o sociología de lo urbano. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 21(1), 211–225.
- Lang, K. (2022). *El impacto de la pandemia en la salud mental: Un panorama mundial*. Medical News Today.
- Lang, P. J., Davis, M., y Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 137–159. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00343-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00343-8)

- Lasswell, H. D., y Lerner, D. (1951). The policy orientation. In *Communication researchers and policy-making*, (pp. 85–104). Massachusetts Institute of Technology.
- Lavell, A., Mansilla, E., Maskrey, A., y Ramírez, F. (2020). La construcción social de la pandemia COVID-19: desastre, acumulación de riesgos y políticas públicas. *La Red (Red de Estudios Sociales En Prevención de Desastres En América Latina)*. www.risk-nexus.org.
- Lefrançois, M., Saint-Charles, J., y Messing, K. (2017). Travailler la nuit pour voir ses enfants, ce n'est pas l'idéal !: Marge de manoeuvre pour concilier vie familiale et horaires atypiques d'agentes et d'agents de nettoyage du secteur des transports. *Relations Industrielles-Industrial Relations*, 72(1), 99–124. <https://doi.org/10.7202/1039592ar>
- Leiva- Peña, V., Rubí-González, P., y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*, 45.
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Crítica. <https://partidofarc.com.co/sites/default/files/Copia%20de%20Gerda%20Lerner%20-%20La%20creacio%CC%81n%20del%20patriarcado.pdf>
- Lezama, J. L. (2002). *Teoría social, espacio y ciudad* (2 edición). El colegio de México.
- Lolas, F. (2001). El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública. *Rev Esp Salud Pública*, 75, 187–192.
- Lomelí Vanegas, L. (2020). La economía de la salud en México. *Revista de La CEPAL*, 132, 195–208.
- Lopera Echavarría, J. D. (2012). Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. *Tesis Psicológica*, 7, 60–75.
- López-Núñez, M. I., Díaz-Morales, J. F., y Aparicio-García, M. E. (2021). Individual differences, personality, social, family and work variables on mental health during COVID-19 outbreak in Spain. *Personality and Individual Differences*, 172, 110–562.
- Los Andes. (2023). *Mujeres y su rol clave en la pandemia*. Los Andes.
- Löwe, B., Schenkel, I., Carney-Doebbeling, C., y Göbel, C. (2006). Responsiveness of the PHQ-9 to psychopharmacological depression treatment. *Psychosomatics*, 47(1), 62–67. <https://doi.org/10.1176/APPI.PSY.47.1.62>
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1), 51–56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Ludvigsson, J. F. (2020). The first eight months of Sweden's COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved. *Acta Paediatrica*, 109(12), 2459–2471. <https://doi.org/10.1111/APA.15582>
- Luis, F. (2013). *El estudio de las políticas públicas* (L. F. A. Villanueva, Ed.). Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Macaya Sandoval, X. C., Pihan Vyhmeister, R., y Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2).
- Madrigal de León, E. Á., Becerra Palars, C., Berenzon Gorn, S., Pellicer Graham, F., Flores Ramos, M., Saracco Álvarez, R., y Blanco Jaimes, J. (2020).

PROGRAMA INSTITUCIONAL 2020-2024 DEL INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRIA PROGRAMA INSTITUCIONAL 2020-2024 DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ.

- Maher, B. S., Marazita, M. L., Zubenko, W. N., Spiker, D. G., Giles, D. E., Kaplan, B. B., y Zubenko, G. S. (2002). Genetic segregation analysis of recurrent, early-onset major depression: evidence for single major locus transmission. *American Journal of Medical Genetics*, 114(2), 214–221.
<https://doi.org/10.1002/AJMG.10158>
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., y Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the national comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100–1106.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
- Martínez Hernández, B. E. (2014). VIOLENCIA EPISTÉMICA DE GÉNERO. Cuando el género es algo más que palabras. *Revista de Antropología Experimental*, 14, 293–300. <http://revista.ujaen.es/rae>
- Martínez Soria, J., Torres Ramírez, Ma. C., y Orozco Rivera, E. D. (2020). Características, medidas de política pública y riesgos de la pandemia del Covid-19. *Instituto Belisario Domínguez.*, 25.
- Mattei, P., y Delpino, E. (2021). Coordination and Health Policy Responses to the First Wave of COVID-19 in Italy and Spain. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23(2), 274–281.
<https://doi.org/10.1080/13876988.2021.1878886>
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. (pp. 3–34). Basic Books.
- Mayo Clinic. (2019). Depresión en las mujeres: comprensión de la brecha de género. *Mayo Clinic*.
- Medina-Mora, M. E. (2019). *En crisis la salud mental en México y el mundo*. UNAM-DGCS. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_744.html
- Megías, L. (2022). *La salud mental en las mujeres: así influyen las construcciones de género*. El Español.
- Méndez Méndez, J. S. (2020). *Financiamiento del sistema de salud: antes, durante y después de COVID-19*. CIEP. <https://ciep.mx/financiamiento-del-sistema-de-salud-antes-durante-y-despues-de-covid-19/>
- Méndez Méndez, J. S. (2021). *Financiamiento del sistema de salud: antes, durante y después de COVID-19 – CIEP*. CIEP. <https://ciep.mx/financiamiento-del-sistema-de-salud-antes-durante-y-despues-de-covid-19/>
- Méndez Moreno, N., y Robles Robles, V. (2021). *Cambios en las dinámicas familiares como resultado de la pandemia en familias de Bogotá y Chipaque*. <https://ciencia.lasalle.edu.co/>
- Mendoza Sánchez, C. (2002). *Problemática Urbana*.
- Menéndez, M. (2018). *Diferencia entre enfermedad mental y trastorno mental*. Psicología Clínica.
- Mera García, C. (2023). Descubre las diferencias clave entre trastornos y enfermedades mentales. *Topdoctors*.
- México: *Economía y demografía 2022* | datosmacro.com. (2022).
<https://datosmacro.expansion.com/paises/mexico>

- Millett, Kate. (1995). *Política sexual*. Cátedra.
- Moisevich Rosental, M., y Fedorovich Ludin, P. (1984). *Diccionario filosófico*. Progreso. <https://www.filosofia.org/enc/ros/pob.htm>
- Moitra, M., Santomauro, D., Collins, P. Y., Vos, T., Whiteford, H., Saxena, S., y Ferrari, A. J. (2022). The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 19(2). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003901>
- Mora Vázquez, T. (2007). *Los pueblos originarios de la Ciudad de México: Atlas Etnográfico* (Primera edición). INAH.
- Morales-Chainé, S. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental. *Enfermería Universitaria*, 18(2), 130–133. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.1218>
- Moreno Valle, G. (2016). *Los pueblos originarios en México*. Milenio. <https://www.milenio.com/opinion/varios-autores/escuela-libre-de-derecho-de-puebla/los-pueblos-originarios-en-mexico>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Muñoz Martell, J. (2016). Una reflexión en torno a las políticas sociales de salud mental en México. *Voces y Contextos*, 22, 117–149. www.uia/iberoforum
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M. R., y Ramírez-Manent, J. I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312–317. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.06.023>
- Nates Cruz, B. (2008). Procesos de gentrificación en lugares rururbanos: presupuestos conceptuales para su estudio en Colombia. *Revista de Antropología y Sociología: VIRAJES*, 10, 253–269. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/virajes/article/view/810/733>
- Nexos. (2020). *En solidaridad con mexicanos Contra la Corrupción y la Impunidad, México Evalúa, Animal Político y otros*. Nexos. <https://nexus.com.mx/?p=49698>
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y Cirujanos*, 88(5), 542–547. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>
- Noticias ONU. (2021). *La humanidad debe prepararse para la siguiente pandemia*. ONU. <https://news.un.org/es/story/2021/12/1501942>
- OCDE. (1995). *Definición Trabajo doméstico*. https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_189/elem_7549/definicion.html
- OCDE. (2019). Health at a Glance 2019. *OECD*. www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm
- OCDE. (2020). Bienestar rural: geografía de oportunidades: Aspectos destacados de la política. *OCDE*.
- OCDE. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators Highlights for Mexico*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>
- Ochoa Moreno, J. A. (2018). *El financiamiento del sistema público de salud y la seguridad del paciente*.
- OECD. (2009). *OECD Regions at a Glance 2009*. OECD.

- OECD. (2022, November 9). *Health spending*. OECD; OECD.
<https://doi.org/10.1787/19991312>
- OIT. (2020). *El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella Guía práctica*. www.ilo.org/publns.
- Oliva, J., López-Varcárcel, B. G., Pérez, P. B., Peña-Longobardo, L. M., Garrido, R. M. U., y González, N. Z. (2020). Impact of Great Recession on mental health in Spain. *SESPAS Report 2020. Gaceta Sanitaria*, 1(48), 48–53.
<https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2020.05.009>
- OMS. (2001). *Proyecto de política de salud mental Paquete de orientación sobre política y servicios*. OMS.
- OMS. (2004a). Promoción de la Salud Mental. In OMS.
- OMS. (2004b). *Promoción de la Salud Mental Conceptos, Evidencias emergente y práctica*.
- OMS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales*.
- OMS. (2018). *Cobertura sanitaria universal*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- OMS. (2020a). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*.
<https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- OMS. (2020b). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental*. Organización Mundial de La Salud.
- OMS. (2020c, December 31). *Inmunidad colectiva, confinamientos y COVID-19*. Organización Mundial de La Salud .
- OMS. (2021). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization.
- OMS. (2022a). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*.
- OMS. (2022b). *La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. OMS.
<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- OMS. (2022c, June 17). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de La Salud .
- OMS, y BM. (2015). *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*.
- ONU. (2020). *COVID-19: Es imperativo transformar el trabajo de cuidados, las mujeres sufren la mayor carga*. ONU Noticias.
- ONU. (2021). *El efecto devastador del COVID-19 en la salud mental*. ONU Noticias.
- ONU. (2022). *La pandemia de COVID-19 dispara la depresión y la ansiedad*. ONU Noticias.
- ONU Mujeres. (2022, February 28). *Artículo explicativo: Cómo la desigualdad de género y el cambio climático están relacionados entre sí*. ONU Mujeres.
- ONU-Mujeres. (2020). *El impacto del COVID-19 en la salud de las mujeres*. OPS, 4.
<https://ibero.mx/prensa/cae-por-covid-19-50->

- OPS. (2017a). *Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales*.
- OPS. (2017b). *Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales*.
- OPS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- OPS. (2022). *Política para mejorar la salud mental promoverá el desarrollo social y económico de la población de las Américas*. Organización Panamericana de La Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/27-6-2022-politica-para-mejorar-salud-mental-promovera-desarrollo-social-economico>
- OPS/CEPAL. (2020). Financiación de la Atención de la Salud. In OPS.
<https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales Organización Mundial de la Salud Ginebra*.
- Özdin, S., y Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression, and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504–511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
- Palacios-Ceña, D., y Corral Liria, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*, 21(2). <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.003>
- Papalia, D. E., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (J. Mares, Ed.; segunda). McGraw-Hill.
- Paz, C., Mascialino, G., Adana-Díaz, L., Rodríguez-Lorenzana, A., Simbaña-Rivera, K., Gómez-Barreno, L., Troya, M., Paez, M. I., Cárdenas, J., Gerstner, R. M., y Ortiz-Prado, E. (2020). Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador. *PLOS ONE*, 15(9), e0240008.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0240008>
- Peralta Vázquez, C. (2022). *En México, salud mental no ha sido prioridad: Shoshana Berenzon*. Universo: Sistema de Noticias de La UV.
<https://www.uv.mx/prensa/general/en-mexico-salud-mental-no-ha-sido-prioridad-shoshana-berenzon/>
- Pérez Ramos, S. P., Vargas Jiménez, E., y Castro Castaleda, R. (2021). Conciliación familia-trabajo y su relación con la salud mental. Un análisis desde el género, las políticas públicas y el desarrollo. *Conciliación Familia-Trabajo y Su Relación Con La Salud Mental. Un Análisis Desde El Género, Las Políticas Públicas y El Desarrollo*, 8(1).
- Pino Juárez, P. D. María. (2008). *Criterios paisajísticos para la ordenación del territorio en las zonas con crecimiento irregular dentro de las periferias urbanas. Caso específico: San Lorenzo Acopilco, Cuajimalpa*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pino Montoya, J. W., Gallego Henao, A. M., y López Correa, J. F. (2019). Dinámica interna familiar como espacio educativo para construir ciudadanía. *Educación y Educadores*, 22(3), 377–394.

- PNUD. (2021). *Por COVID-19 mujeres enfrentaron mayor desempleo, carga de trabajo doméstico y enfermedades mentales*. Programa de Las Naciones Unidas Para El Desarrollo.
- Poder ejecutivo. (2019). *Sector salud, líder en elefantes blancos con 250 obras olvidadas*. Boletín. <http://boletin.org.mx/Noticia/sector-salud-lider-en-elefantes-blancos-con-250-obras-olvidadas>
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: bridge to the future*.
- Pratt, M. L. (2007). *Imperial Eyes Travel Writing and Transculturation* (2 edición). Routledge.
- Preda Taípe, C. (2021). *Doble presencia y teletrabajo de las mujeres en tiempo de COVID-19*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Prieto-Molinari, D. E., Aguirre Bravo, G. L., de Pierola, I., Luna Victoria-de Bona, G., Merea Silva, L. A., Lazarte Nuñez, C. S., Uribe-Bravo, K. A., y Ch Zegarra, Á. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2), 425.
- Pujal i Llombart, M., Calatayud, M., y Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2). <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>
- Quílez-Robres, A., Lozano-Blasco, R., Iñiguez-Berrozpe, T., y Cortés-Pascual, A. (2021). Social, Family, and Educational Impacts on Anxiety and Cognitive Empathy Derived From the COVID-19: Study on Families With Children. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.562800>
- Quintero-Hernández, Y. A., y Del-Carpio-Ovando, P. S. (2022). Dificultades en mujeres madres de niños y niñas en edad escolar durante el confinamiento por COVID-19. *CienciaUAT*. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v17i2.1743>
- Radivojevic, I. (2023). *Análisis de Datos Cualitativos*. ATLAS. Ti.
- Ramírez, I. A. (2021). Triple jornada: una nueva realidad para las mujeres mexicanas en tiempos de pandemia. *Tamma Dalama*, 2(6).
- Ramírez Pérez, J. M. (2019). Ventajas y desventajas de la implementación del Teletrabajo, Revisión de la literatura. *Revista Competitividad e Innovación*, 1(1), 96–119.
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37, 275–281.
- Real Academia Española. (2022). *crisis | Definición*. Diccionario de La Lengua Española.
- Reich, W. T. (1995). The Word “Bioethics”: The Struggle Over Its Earliest Meanings. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5(1), 19–34. <https://doi.org/10.1353/KEN.0.0143>
- Restall, G. (2015). Conceptualizing the outcomes of involving people who use mental health services in policy development. *Health Expectations*, 18(5), 1167–1179. <https://doi.org/10.1111/HEX.12091>
- Restrepo, D. A., y Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–2011. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Revive Cuajimalpa de Morelos 2009-2012*. (2020).
- Ríos, L. (2023). *En México la salud mental debe ser prioridad*. Vértigo.

- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., Hasell, J., Macdonald, B., Beltekian, D., y Roser, M. (2020). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. Published Online at OurWorldInData.Org. <https://ourworldindata.org/covid-deaths>
- Rius, M. (2021). ¿Por qué la factura psicológica de la pandemia es más alta entre las mujeres? *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vivo/psicologia/20210308/6264229/sobrecarga-pandemia-dispara-estres-ansiedad-mujeres.html>
- Rivera-Hernandez, M., Ferdows, N. B., y Kumar, A. (2021). The Impact of the COVID-19 Epidemic on Older Adults in Rural and Urban Areas in Mexico. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 76(7), 268–274. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa227>
- Robinson, J. A., y Verdier, T. (2013). The Political Economy of Clientelism *. *Scand. J. of Economics*, 115(2), 260–291. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9442.2013.12010.x>
- Robles, V. (2021). *El impacto de la mujer en la economía mexicana: la inclusión y el despegue financiero*. Forbes.
- Rodríguez, A., y Saborío, M. (2008). *Lo Rural es diverso: Evidencia para el caso de Costa Rica*. www.iica.int.
- Rodríguez Esteves, J. M. (2022). Desastres y covid-19: dos modelos para reducir el riesgo en México. *Frontera Norte*, 34, 1–24. <https://doi.org/10.33679/RFN.V111.2161>
- Rodríguez-Hernández, C., Medrano-Espinosa, O., y Hernández-Sánchez, A. (2021a). *Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19*. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000612>
- Rodríguez-Hernández, C., Medrano-Espinosa, O., y Hernández-Sánchez, A. (2021b). Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta de México*, 157(3). <https://doi.org/10.24875/gmm.20000612>
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., de Mon, M. A. Á., y Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(23), 1285–1296. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
- Rojas, Enrique. (2006). *Adiós, depresión: en busca de la felicidad razonable*. Temas de Hoy.
- Rojas Salazar, M. (2021). La pandemia: una epifanía de la violencia hacia las mujeres. *Revista Iberoamericana de Teología*, 17(32), 85–97. <https://doi.org/10.48102/RIBET.17.32.2021.71>
- Rojas, T. (2022). Crisis del sistema de salud en México . *CEMEES*. <https://cemees.org/2022/01/13/crisis-del-sistema-de-salud-en-mexico/>
- Romero Zavala, M., y Despeghel, L. (2021). ¿Qué nos dicen las actas de defunción de la CDMX? . *Nexos*. <https://datos.nexos.com.mx/que-nos-dicen-las-actas-de-defuncion-de-la-cdmx-actualizacion-al-14-de-febrero-de-2021/>
- Roqueta, R. (2021). *Los Expedientes de Regulación Temporal de Empleo*. Editorial Tirant lo Blanch.
- Rubin, O., y de Vries, D. H. (2020). Diverging sensemaking frames during the initial phases of the COVID-19 outbreak in Denmark. *Policy Design and Practice*, 3(3). <https://doi.org/10.1080/25741292.2020.1809809>

- Rueda Ortega, C. B. (2006). Bioética, Salud Mental y Género. *Acta Bioethica*, 12(2).
- Sagastizabal, M., y Legarreta, M. (2016). La "triple presencia-ausencia": una propuesta para el estudio del trabajo doméstico-familiar, el trabajo remunerado y la participación sociopolítica. *Papeles Del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, 1, 1–29. <https://doi.org/10.1387/pceic.15447>
- Saldívar, B. (2021). Pandemia dejó sin empleo formal a mujeres, pero incrementó tareas y cuidados del hogar. *El Econo*.
- Saldívar-Garduño, A., y Ramírez-Gómez, K. E. (2020). Salud mental, género y enseñanza remota durante el confinamiento por el COVID-19 en México - Dialnet. *Revista de La Facultad de Psicología*, 23(2), 11–40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7838725>
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., y Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Med Chile*, 147, 53–60.
- Samaniego Namicela, L. G., Samaniego Namicela, N. G., Samaniego Namicela, L. M., y Samaniego Namicela, E. G. (2022). Impacto negativo de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Vive*, 5(14). <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i14.155>
- Sánchez Brito, N. (2018). *En el agua de Copil": la gentrificación rururbana en el pueblo de San Lorenzo Acopilco, Delegación Cuajimalpa*. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Sánchez Brito, N. (2019). Reconceptualización del territorio por causas de vivienda y megaproyectos en los pueblos urbanos de la Ciudad de México: San Lorenzo Acopilco, Delegación Cuajimalpa. *Las Ciencias Sociales y La Agenda Nacional. Reflexiones y Propuestas Desde Las Ciencias Sociales*, 9, 501–514.
- Sánchez Jiménez, N. (2021). *Empleadas, amas de casa y ahora también maestras y enfermeras: cómo el COVID-19 agudizó la carga de trabajo para las mujeres*. Infobae. <https://www.infobae.com/america/mexico/2021/08/27/empleadas-amas-de-casa-y-ahora-tambien-maestras-y-enfermeras-como-el-covid-19-agudizo-la-carga-de-trabajo-para-las-mujeres/>
- Sánchez, L., Pacheco, E., y García, B. (2014). Desigualdad y trabajo doméstico en las parejas de doble ingreso en México. In B. García y E. Pacheco (Eds.), *Uso del tiempo y el trabajo no remunerado en México* (pp. 471-507.). El Colegio de México.
- Sánchez-Talanquer, M., Eduardo, G. P., Sepúlveda, J., Abascal-Miguel, L., Jane, F., y Gallalee, Y. S. (2021). *La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso*. Inst. Glob. Heal. Sci.
- Sandoval De Ecurdia, J. M., y Richard Muñoz, M. P. (2005). *La Salud Mental en México*.
- Sandoval Mora, S. A. (2018). *Psicología del desarrollo Humano II*. Universidad autónoma de Sinaloa.
- Santa-Cruz-Espinoza, H., Chávez-Ventura, G., Domínguez-Vergara, J., Araujo-Robles, E. D., Aguilar-Armas, H. M., Vera-Calmet, V., Santa-Cruz-Espinoza, H., Chávez-Ventura, G., Domínguez-Vergara, J., Araujo-Robles, E. D., Aguilar-Armas, H. M., y Vera-Calmet, V. (2022). El miedo al contagio de covid-19, como mediador entre la exposición a las noticias y la salud mental, en población

- peruana. *Enfermería Global*, 21(65), 271–294.
<https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.489671>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Disorders Collaborators, M. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Saraceno, C. (2011). Childcare needs and childcare policies: A multidimensional issue. *Current Sociology*, 59(1), 78–96.
- Scott, J. W. (2002). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Op. Cit. Revista Del Centro de Investigaciones Históricas*, 14, 9–45.
- Secretaría de Salud. (2015). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto*. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Secretaría de Salud. (2017). *Fortalece gobierno CDMX el sistema de salud con construcción de centro de salud en Cuajimalpa*. Secretaría de Salud. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/fortalece-gobierno-cdmx-el-sistema-de-salud-con-construccion-de-centro-de-salud-en-cuajimalpa>
- Secretaría de Salud. (2018). *Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)*.
- Secretaría de Salud México. (2020). *Intervenciones de APS-I MX en los distritos de salud*. Secretaría de Salud.
- SEDESA. (2022). *OTORGA SEDESA 12 MIL 567 ATENCIONES DE SALUD MENTAL*.
- SEDUVI. (2010). *Programa Parcial de Desarrollo Urbano de la Zona de Santa Fe*. https://paot.org.mx/centro/programas/zedec/c-santa_fe.pdf
- Senado de la República. (2017). 14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad. In *Boletines del Senado de la República* (Issue 579). <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>
- Sereno, C. A., Santamaría, M., y Santarelli Serer, S. A. (2010). El rururbano: espacio de contrastes, significados y pertenencia, ciudad de Bahía Blanca, Argentina. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, 0(19), 41–57. <https://doi.org/10.15446/rcdg.n19.16844>
- Serrano Monroy, X. R. E., y Galindo Castillo, N. P. (2014). *El duelo por la pérdida de la actividad laboral*. Asociación Mexicana de Tanatología A.C.

- Serrano Oswald, S. E. (2019). *Historia del eje de género y desarrollo regional: 25 aniversario AMECIDER*. <https://www.forbes.com.mx/partidos-politicos-principal-obstaculo-para-el-desarrollo-de-las-mujeres/>
- Shafritz, J. M. (1993). *The dictionary of 20th-century world politics (en inglés)* (Nueva York). Nueva York: H. Holt.
- SHCP. (2021). *PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN 2021 ESTRATEGIA PROGRAMÁTICA RAMO: 12 Salud Página 1 de 8*.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar E Subjetividade*, 3(1), 10–59.
- Sigalotti, F. (2021). *Afectaciones de la salud mental relacionadas con la pandemia por COVID-19 en la población general*. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5770>
- Simon, C. (2017). Why Norwegians Don't Have Their Pigs in the Forest: Illuminating Nordic 'Co-operation.' *Behavior and Social Issues*, 26, 172-186.
- Sistema Nacional de Información en Salud. (2018). *Recursos públicos disponibles para la atención en salud*.
- Sorio, R. (2021). *El impacto psicológico del aislamiento - Gente Saludable*. BID. <https://blogs.iadb.org/salud/es/el-impacto-psicologico-del-aislamiento/>
- Sotelo Monroy, G. E. (2022). *Programa de acción específico: salud mental y adicciones 2020-2024*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006a). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *American Medical Association*, 166, 1092–1097. <https://jamanetwork.com/>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006b). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. . . *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. www.archinternmed.com
- SSa. (2001). *Plan Nacional de Salud 2001-2006*.
- STPS. (2021). *Entra en vigor reforma que regula el teletrabajo en México*. <https://www.gob.mx/stps/prensa/entra-en-vigor-reforma-que-regula-el-teletrabajo-en-mexico#:~:text=La%20LFT%20contempla%20que%20este%20esquema%20for me%20parte, personal%20y%20la%20disponibilidad%20de%20las%20personas%20trabajadoras>
- Strange, P. G., y Francis, A. (1993). Brain biochemistry and brain disorders. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 6(4), 268.
- Suecia: *Economía y demografía 2022 | datosmacro.com*. (2022). <https://datosmacro.expansion.com/paises/suecia>
- Sun. (2021). *Mujeres, las más afectadas por la pandemia, señala la Cepal*. El Informador.
- Tamayo, M. (1997). *El Proceso de la Investigación científica*. Editorial Limusa S.A.
- Tapia, M. (2020). Coronavirus: Riesgo urbano frente a riesgo rural. Una mirada desde estados unidos - Dialnet. *Crítica Urbana: Revista de Estudios Urbanos y Territoriales*, 3(13), 8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7981927>
- Tausch, A., Oliveira e Souza, R., Martínez Viciano, C., Cayetano, C., Barbosa, J., y Hennis, A. J. M. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in

- the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health - Americas*, 5, 100118.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
- Thomas, F. (1997). *Conversación con un hombre ausente* (Arango, Ed.). Arango.
- Thompson, C. A., y Prottas, D. J. (2016). Relationships among organizational family support, job autonomy, perceived control, and employee well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(1), 100.
- Thompson, Karla. (2020). *Depresión y discapacidad: guía práctica*. The North Carolina Office on Disability and Health. <http://lib.ncfh.org/pdfs/6612.pdf>
- Toche, N. (2019). México es deficitario en cuidar la salud mental. *El Economista*.
- Torgerson, D. (2000). Entre el conocimiento y la política: tres caras del análisis de políticas. In Porrúa. (Ed.), *El estudio de las políticas públicas* (pp. 197–238). https://polpublicas.files.wordpress.com/2014/01/lectura_torgerson.pdf
- Toribio, L. (2020). *LaLuchy Robotina que sana pacientes; Centro Médico Nacional 20 de noviembre*. EXCELSIOR. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/laluchy-robotina-que-sana-pacientes-centro-medico-nacional-20-de-noviembre/1401467>
- Torrades Oliva, S. (2004a). Ansiedad y depresión. Evidencias genéticas. *Offarm*, 23(3), 126–129. <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ansiedad-depresion-evidencias-geneticas-13059415>
- Torrades Oliva, S. (2004b). Ansiedad y depresión. Evidencias genéticas. *Offarm*, 23(3), 126–129. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ansiedad-depresion-evidencias-geneticas-13059415>
- Torres, A. (2016). *Las diferencias entre síndrome, trastorno y enfermedad*. Psicología y Menta.
- Torres Torija, C. S. (2020). *El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en México*. COMECSO. <https://www.comecso.com/las-ciencias-sociales-y-el-coronavirus/impacto-psicologico-pandemia-mexico>
- UNAM. (2021). *Brinda la UNAM atención emocional*. UNAM-DGCS. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_986.html
- UNFPA. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe: implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad en adolescentes (Milena) en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay, Nueva York*. Fondo de Población de Las Naciones Unidas. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf
- Universidad Johns Hopkins. (2022, July). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*. Universidad Johns Hopkins.
- Urbina García, M. Á. (2021). El bienestar de los niños: el aislamiento social durante el confinamiento por el COVID-19 y estrategias efectivas. *Diálogos Sobre Educación. Temas Actuales En Investigación Educativa*, 12(22). <https://doi.org/10.32870/DSE.V0I22.781>
- Vargas Arévalo, C. (2007). Análisis de las políticas públicas. *Perspectivas*, 19, 127–136.
- Vargas Jiménez, Esperanza., y Pérez Ramos, S. P. (2018). Conciliación, familia y empleo en mujeres que laboran en el sector turístico en México. *Acta*

- Republicana. Política y Sociedad*, 17(17), 53–61.
<https://www.researchgate.net/publication/330292533>
- Vega Montiel, A. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. *Política y Cultura*, 28, 181–200.
- Vergara Hernández, C. A. (2021). *La responsabilidad del Gobierno Federal en la Salud Mental*.
- Vidal, G., y Alarcón, R. D. (1986). Psiquiatría. In *In Psiquiatría* (3° edición). Organización Panamericana de la Salud.
- Viéitez, M. (2020, January 23). *Desigualdad económica y social, brechas que afectan más a las mujeres*. En Femenino.
- Villar, S., y Moreno, S. B. (2019). *La carga mental femenina*. Grupo Planeta.
- Vizcarra, M. (2023). *Se agrava la salud mental en México, advierten especialistas*. Espejo.
- Wade, D. T., y Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*, 329(7479), 1398–1401.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/IJERPH17051729>
- Ward, P. (1989). *Políticas de Bienestar Social en México*. Nueva Imagen.
- Weber, M. (1969). Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva. *Fondo de Cultura Económica*, 2051.
- Williams, L. M. (2017). Defining biotypes for depression and anxiety based on large-scale circuit dysfunction: a theoretical review of the evidence and future directions for clinical translation. *Depression and Anxiety*, 34(1), 9–24.
<https://doi.org/10.1002/DA.22556>
- Williams, N. (2014). The GAD-7 questionnaire. *Occupational Physician*, 64(224).
https://watermark.silverchair.com/kqt161.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9k khW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAsQwggLABgkqhkiG9w0BBwagggKx MIICrQIBADCCAqYGCSqGSIB3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMkFY0 3zZ_xtdh_27FAgEQgIICd5kpz0QpH0BqyoWdoTu_6R-csms0xeViEe7dccmHpbSPVqzGz3pLgmh4UYvc6rTFY3_8rlgMn90ol20rHbFn1Q tiHhInW4zEanQS5n1kv_hOG0R2caL82G0Og9mS6NS1tuDLBnOSTL43UoohQ X3ctDKQHhN0Q7YAHN2sszrSrXNikwFqp0n6WlSi326pbu55n0KaiM-jJ5F-ygVcExH7WcjC0eJNfROmQqBxV8i0CqM06OKTjdpnxS243Oxs595oggRwldzbx CiQntI8cSUGtPbtwVsijeDh7yzGk2I1tvb2R4VSvEiE4HZR_g9_8Kj1gEIs-u4ylglK6elknhQ9gBmAeHocTEsXN4FaYk4K698UHZbsVrOzL5V8wwa2vH_gFM MmbPRUJ_iOYTSnMSBIkXtCBI_9Gf1MI1aCntHnEfVhkISRYgeJ7QdbV2dDkPi2 5jfKjhgmpRk-c8WdxasGouz7AUbVgADZgBv8hLvbyLqkJYvVJ1Arru0sZgPemEGc1BqOjlb6t5 vOQI1fxR0QRlwAwm1aFwdcUWO8Ksj70iVuUTP8blzp1FPcLaH5oHaEzs8ctmS Ek1_mfsnqmPIJhblCfe1NvCZUG3sKple4MFHSlb31rehudhhbdtVIH_d7WLBV9Z s0OA47CyFY_YHLqEozrljS1BQtYxRtUIM3s7Hn9CHGVUP468GZ9DXN6bjWSa lIhdxsBcW5ZuRVpeCu51RLpSI_WV47E3XqDwRrN_mcnbsd3vH92bvApgGY7r GO_XauF559UJjdzVE5gqyMxaRJpoE5EhE03B7IMg65nW9cVZsbaLebe8dqKo FsNsJGT1MbKygy-sM

- Woods, E. T., Schertzer, R., Greenfeld, L., Hughes, C., y Miller-Idriss, C. (2020). COVID-19, nationalism, and the politics of crisis: A scholarly exchange. *Nations and Nationalism*, 26(4), 807–825. <https://doi.org/10.1111/NANA.12644>
- World Health Organization. (2020). *Social determinants of health*. World Health Organisation.
- Wright, T. (2014). Gender, sexuality, and male-dominated work: the intersection of long-hours working and domestic life. *Work, Employment and Society*, 28(6), 985–1002. <https://doi.org/10.1177/0950017013512713>
- Zalazar, C. E. (2020). A proteção da saúde mental das mulheres no âmbito laboral. *Revista Científica Disruptiva*, 2(2), 25–39. <http://revista.cers.com.br/ojs/index.php/revista/article/view/94/100>
- Zarragoitia Alonso, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13(03), e5651–e5651. <https://doi.org/10.5867/MEDWAVE.2013.03.5651>
- Zarta Rojas, F. A., y Juliao Vargas, C. G. (2021). Pandemia y salud mental en la nueva realidad. *Hojas de El Bosque*, 8(3).
- Zilver, S. J. M., Broekman, B. F. P., Hendrix, Y. M. G. A., de Leeuw, R. A., Mentzel, S. V., van Pampus, M. G., y de Groot, C. J. M. (2021). Stress, anxiety, and depression in 1466 pregnant women during and before the COVID-19 pandemic: a Dutch cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 42(2). <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1907338>

Anexos

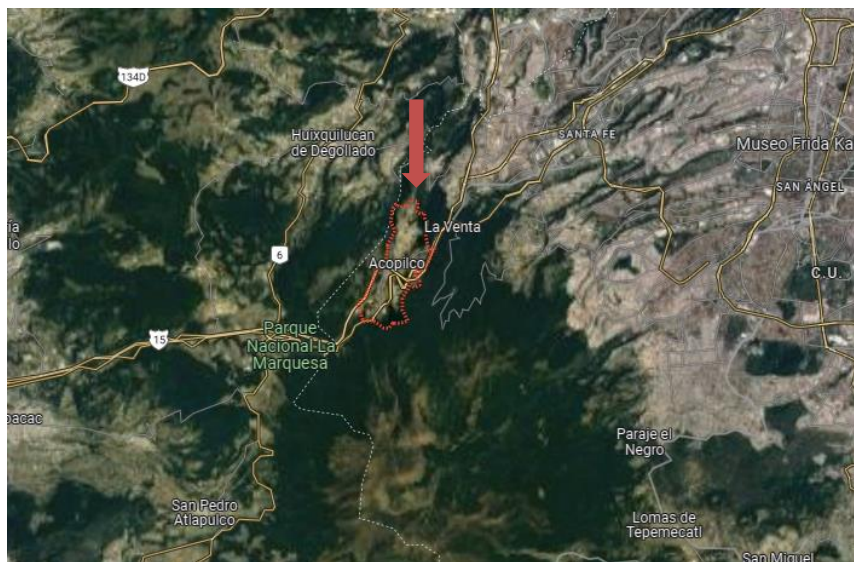
Anexo 1. Mapa de San Lorenzo Acopilco

Ilustración 6 San Lorenzo Acopilco.



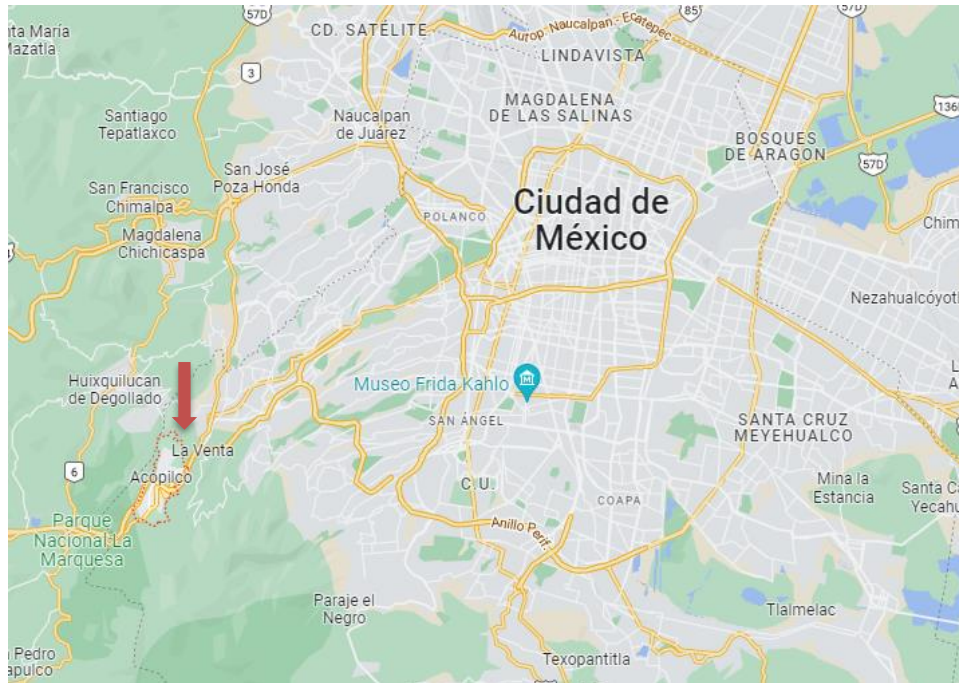
Nota: Imagen satelital de Google Earth.

Ilustración 7 Localización de San Lorenzo Acopilco.



Nota: Imagen satelital de Google Earth.

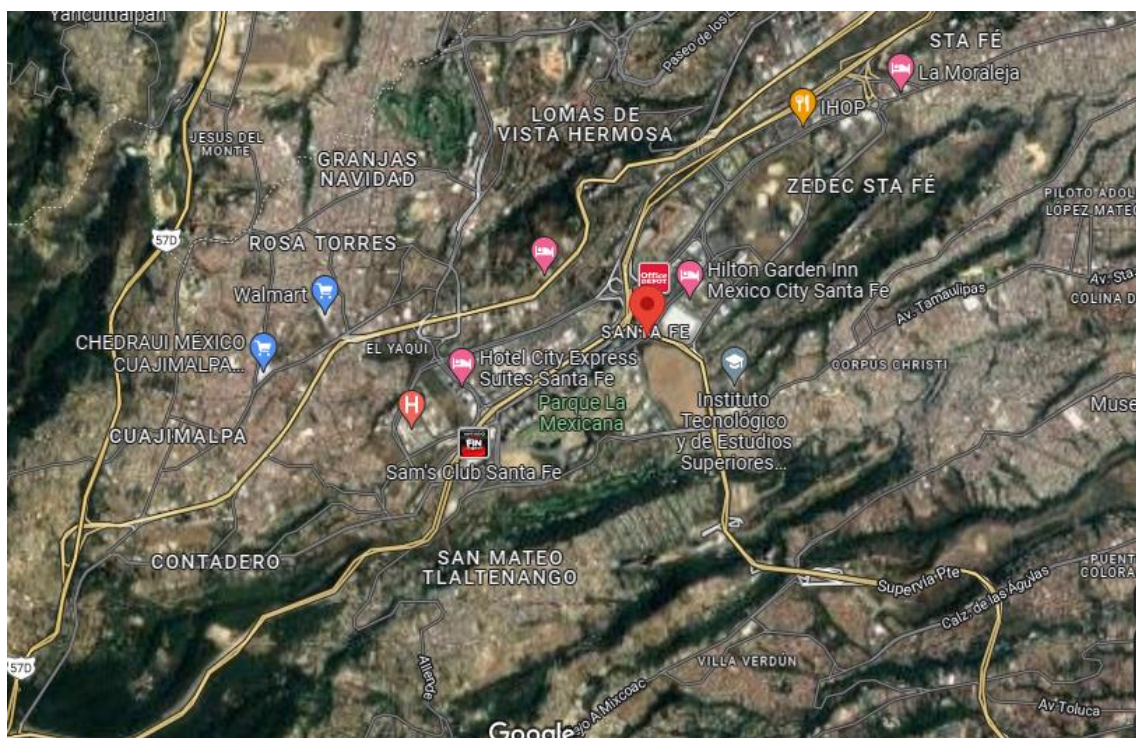
Ilustración 8 Localización de San Lorenzo Acopilco



Nota: Imagen de Google Earth.

Anexo 2. Mapa de Santa Fe

Ilustración 9 Localización de la Colonia Santa Fe.



Nota. Imagen de Google Earth.

Ilustración 10 Localización de la Colonia Santa Fe



Nota. Imagen de Google Earth.

Anexo 3. Tabla con los atributos y características de las mujeres entrevistadas de San Lorenzo Acopilco

Clave / nombre	PHQ-9	GAD-7	Hijos/Hijas	Edad	Escolaridad	Situación económica ¹²²	Afiliación Salud	Cantidad de personas que viven en su casa
Laura	15	11	1	34	Preparatoria trunca	Regular	No	3 "solo los 3"
Adela	2	1	2	39	Lic. en educación preescolar	Regular	IMSS, ISSSTE y Seguro gastos médicos mayores	6 "nosotros más mis suegros"
Magali	18	12	2	35	Preparatoria trunca	Regular	ISSSTE	Solo los 4
Carol	6	14	1	30	Lic. en educación preescolar	Mala-Baja porque cuando vivía con mi pareja yo fui el único sostén de mi familia	No	Suegro, mis dos cuñados, mi cuñada su esposo y su hija, más nosotros tres
Barbara	6	7	1	37	Lic. en pedagogía	Regular, sostenible	IMSS	En mi casa solo los 3 y en el terreno mis papás
Martha	12	13	2	37	Preparatoria concluida	Mala-Baja	IMSS	Los primeros 8 meses vivamos los 4 juntos, pero después me divorcié y solo los 3

¹²² Durante la entrevista que se llevó a cabo, se les preguntó sobre su percepción de su situación económica, y ellas la describieron desde su perspectiva.

Jireh	17	19	1	37	Licenciatura en Relaciones Internacionales	Regular	IMSS	Mi esposo, mi hijo, mi mamá y yo
Abigail	12	18	2	32	Licenciatura en Psicología	Buena	IMSS	mis suegros y nosotros 4

Anexo 4. Tabla con los atributos y características de las mujeres entrevistadas de Santa Fe

Clave / nombre	PHQ-9	GAD-7	Hijos/ Hijas	Edad	Escolaridad	Situación económica	Afiliación Salud	Cantidad de personas que viven en su casa
Macarena	16	13	1	30	Lic en idiomas	Buena, alta a media-alta	ISSSTE y un seguro médico de gastos médicos mayores	3
Mia	10	17	2	35	Carrera técnica	Al inicio buena después mejoro	ISSSTE y Seguro de Gastos médicos mayores	4
Sabrina	3	6	1	31	Estudiante de Doctorado	Muy buena a buena	Seguro de Gastos médicos mayores	3
Marina	24	15	1	36	Licenciatura	Buena	IMSS y Seguro de Gastos médicos mayores	3 y mi suegra
Hannah	1	5	1	30	Maestría en arquitectura	Buena sin cambios	Seguro de Gastos médicos mayores	solo 3
Micaela	11	6	2	34	Licenciatura	Muy buena	ISSSTE	4
Ilse	11	6	2	31	Maestría	Muy buena	IMSS y Seguro de Gastos médicos mayores	4
Suri	1	4	4	35	Especialidad	Muy buena	Seguro de Gastos médicos mayores	6

Anexo 5. Resultados

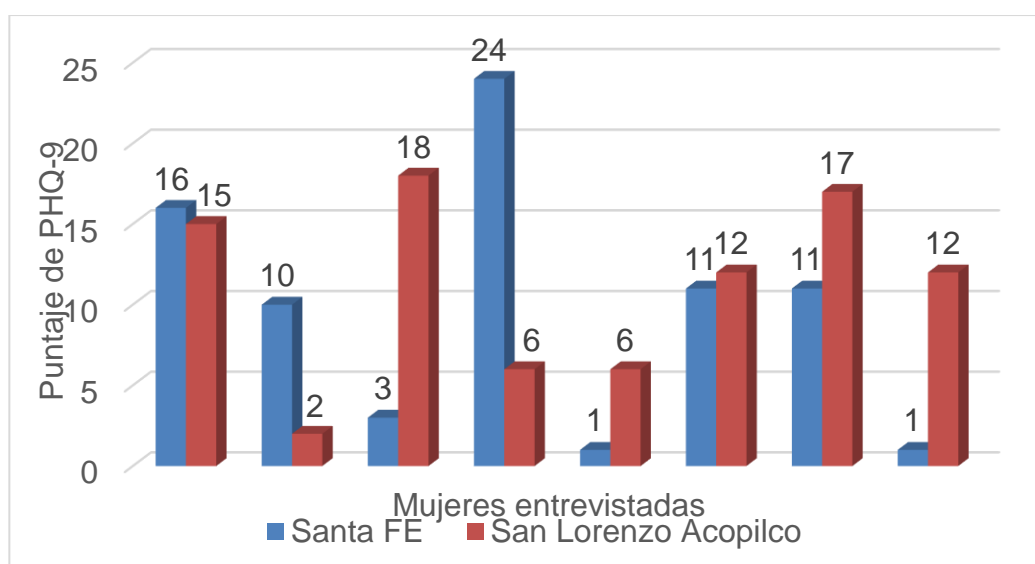
Una vez aplicados los instrumentos y las entrevistas correspondientes para la recolección de datos, se llevó a cabo el análisis de los resultados, por lo que, por un lado, se evidencia el conocimiento de las políticas públicas en torno a la salud mental y por otro los índices de depresión y ansiedad de las mujeres entrevistadas de ambas colonias. Del mismo modo se examinan los temas relacionados con la sobrecarga de trabajo y los roles de género, lo que al final influyó en la salud mental de las mujeres con hijos o hijas que realizaron *home office*.

Anexo 5.1. La comparación de los Índices de ansiedad y depresión en las mujeres entrevistadas de San Lorenzo Acopilco y Santa Fe

En este apartado abordamos los índices de ansiedad y depresión en ambas colonias con el propósito de comparar los resultados de los instrumentos implementados de las mujeres entrevistadas, estos instrumentos fueron el PHQ-9 (depresión) y el GAD-7 (ansiedad).

La aplicación de ambas escalas generó distintos puntajes como se observa en la Gráfica 1 y en la Gráfica 2.

Gráfica 1 Comparación de los resultados de la prueba PHQ-9 de ambas colonias.



Nota. La Gráfica muestra la comparación de los resultados de la prueba PHQ-9 de las mujeres entrevistadas de San Lorenzo Acopilco y Santa Fe.

Al analizar los resultados de la prueba PHQ-9 se afirmó que aun cuando, una mujer de Santa Fe obtuvo un puntaje alto en esta prueba el promedio indica que las mujeres entrevistadas de ambas colonias tienen una diferencia de 1 punto, es decir su calificación en conjunto es casi similar como se observa en la Tabla 5 y en la Gráfica 1.

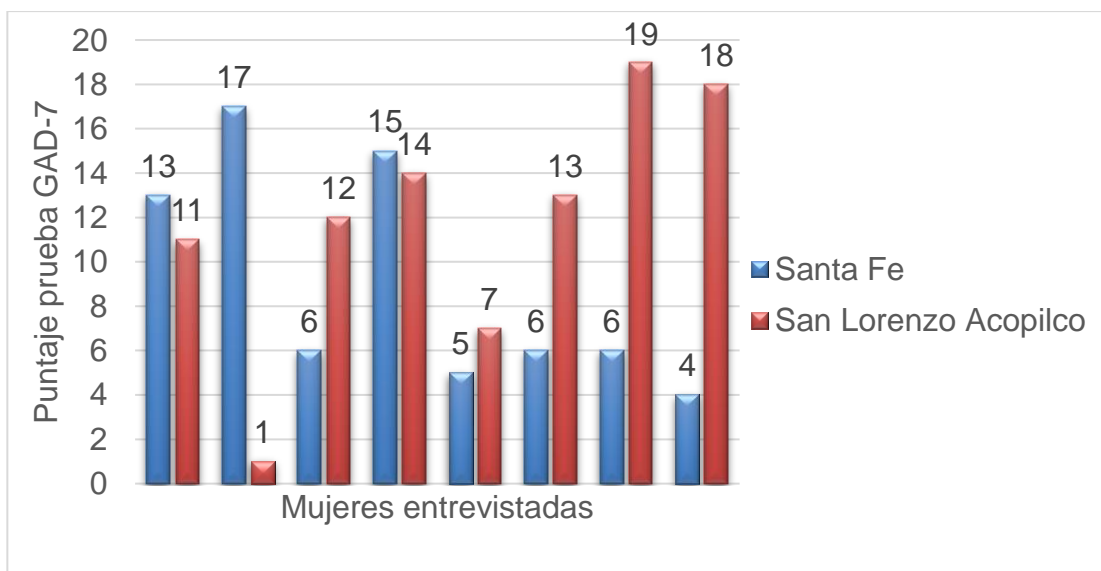
Dicho de otra manera, las mujeres entrevistadas en esta investigación tuvieron un rango de depresión durante los primeros 6 meses de pandemia y lo que posiblemente no tuvo nada que ver con el contexto en el cual viven.

Tabla 5 Promedio de las mujeres que se le aplicó la prueba PHQ-9

PHQ-9	
San Lorenzo Acopilco	11
Santa Fe	10

Nota. Elaboración propia.

Gráfica 2 Comparación de los resultados de la prueba GAD-7 a las mujeres entrevistadas de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco.



Nota. La gráfica muestra la comparación de los resultados de la prueba GAD-7.

La gráfica 2 nos permitió examinar los resultados obtenidos del GAD-7, los cuales como se observan los puntajes más altos fueron de las mujeres de San Lorenzo Acopilco. Al comparar la Gráfica 2 con la Tabla 6 se concluyó que sin duda

las mujeres de Acopilco tuvieron un promedio de 12, mientras que las de Santa Fe alcanzaron un resultado de 9, este rango de diferencia de 3 puntos nos da a entender que en efecto las mujeres de San Lorenzo Acopilco tuvieron más predisposición a padecer mayores síntomas de ansiedad en comparación con las de Santa Fe.

Tabla 6 Comparación del promedio obtenido en la prueba GAD-7 de ambas colonias.

GAD-7	
San Lorenzo Acopilco	12
Santa Fe	9

Nota. Elaboración propia.

Este resultado quizás estuvo vinculado con el contexto, el *home office* y los roles de género que ocasionó en alguna medida la sobrecarga de trabajo en las mujeres y en especial las de Acopilco al no tener apoyo ya fuera de un familiar o por contratar a alguien que se encargará de su casa y de los hijos e hijas.

“Fue complicado porque estábamos los 3 conectados a internet, se saturaba, luego fue organizarnos al inicio fue complicado porque no teníamos computadoras así que fue estresante y luego estudiaba mi hijo o trabajamos yo y mi pareja. Mi hijo menor en 1 preescolar andaba cansado los programas para preescolar, y el otro igual repartiéndose todos los aparatos para poder trabajar o conectarse a la escuela. Y pues toda la carga de ellos, la casa si era pesada yo lo hacía todo, no tenía quien me echara la mano en la nada. Sí todo era diferente el trabajar, verlos, en la escuela, el trabajo, teníamos un ritmo diferente”.

Magali, 35 años, Acopilco

Es posible que los resultados se deban al contexto, a los factores psicosociales como la situación laboral y económica —pues en su mayoría tuvieron miedo de perder su trabajo o fueron el único sustento en su familia —, situaciones

particulares —mayormente en Acopilco— como el vivir con familia política, como vivir con los suegros en la misma casa, el poco apoyo durante la pandemia, el *home office* y las tareas asignadas a los roles de género fueron aspectos que influyeron en el impacto de su salud mental —quizás influenciado por la carga de trabajo—.

Dicho de otra manera, Castillo León et al. (2019, p. 264) comentan que el contexto y la cuestión de vulnerabilidad de las zonas deberían analizarse desde aspectos psicosociales como la autopercepción, el bienestar subjetivo, los niveles de ansiedad y depresión, entre otros aspectos. Para que con ello se creen programas y políticas de salud mental y física para que las mujeres en su caso y los demás sujetos puedan hacerle frente a su vida diaria.

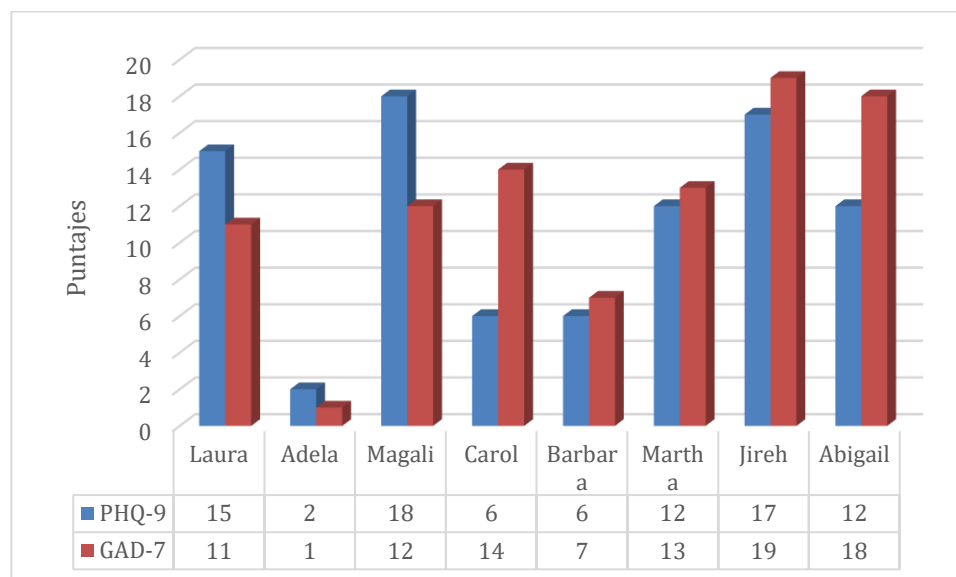
En conclusión, los hallazgos de este estudio mostraron que la salud mental de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad ha sido descuidada y desatendida, tanto por las políticas públicas como por la perspectiva de género. Las mujeres de Acopilco enfrentaron una mayor carga laboral y emocional, sin recibir apoyo ni reconocimiento, lo que afectó negativamente su bienestar psicológico. Además, el temor a perder una fuente de ingresos familiar las hizo más vulnerables a padecer estrés, ansiedad y depresión.

No obstante, las mujeres de ambas colonias vivieron situaciones y temas distintos, que al final repercutió en su salud mental. Las mujeres de la colonia Acopilco tuvieron que enfrentarse a la vulnerabilidad económica, la falta de oportunidades y apoyo social, mientras que las mujeres de la colonia Santa Fe gozaron de mayor libertad, educación y apoyo social. Estas diferencias se reflejaron en los niveles de ansiedad y depresión que reportaron las participantes del estudio. Los resultados mostraron que las mujeres de la colonia Acopilco tenían un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales que las mujeres de la colonia Santa Fe, lo que evidencia la importancia de mejorar las condiciones de vida y los derechos de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

Anexo 5.1.1 Índices de ansiedad y depresión en las mujeres entrevistadas de San Lorenzo Acopilco

Por un lado, los resultados de las escalas realizadas a las mujeres de San Lorenzo Acopilco, se puede observar en la gráfica 3 los resultados obtenidos en ambas escalas.

Gráfica 3 índices de escalas PHQ-9 y GAD-7 de las mujeres entrevistadas de San Lorenzo Acopilco



Nota. Elaboración propia.

Al analizar la escala de PHQ-9 de las mujeres entrevistadas de la colonia de San Lorenzo Acopilco podría decirse que quienes tuvieron un puntaje mayor se observan en la tabla 7.

Tabla 7 Mujeres que sacaron un puntaje mayor en la prueba PHQ-9 de San Lorenzo Acopilco.

Nombre	PHQ-9
Laura	15
Magali	18
Jireh	17

Nota. Elaboración propia.

Cuya interpretación sería la siguiente

- Magali con un puntaje de 18, lo que la categoriza como una depresión moderadamente severa.

“La pandemia afectó mi calidad de vida, creo que tuve estrés, ansiedad... mi esposo me ayudaba con la comida, yo hacía todo lo demás, también el estar encerrada, el pensar en el futuro y mis hijos, el no poder convivir como antes, porque no hacías tu vida normal, el simple hecho de no hacer tu vida normal, todo te afectaba, emocional y físicamente”.

Magali, 35 años, Acopilco.

- Jireh tuvo un puntaje de 17 que se interpretó como una depresión moderadamente severa.

“A mi esposo no le gusta y ni sabe cocinar y pues tenían que esperar a que yo terminara de trabajar para hacer la comida, entonces sí hubo fricción con este tema, porque nadie me ayudaba”.

Jireh, 37 años, Acopilco.

- Laura obtuvo 15 puntos lo que quiere decir que tuvo una depresión moderadamente severa.

“En cuanto a lo económico por más que se intentará, la economía no era igual, me cambiaron el sueldo y me lo redujeron, entonces sí fue difícil.... Tener una hija chiquita, la casa y el trabajo fue mucho estrés, más porque mi niña era chiquita y se desesperaba mucho por estar encerrada.... Tuve que tomar la decisión al final de ese año de renunciar y dedicarme únicamente a mi hija. Sí tuve mucha ansiedad... nunca conté con el apoyo de mi esposo y si de por sí estábamos distanciados con la pandemia terminó en separación y eso, aunque fue la mejor decisión me afectó”.

Laura, 34 años, Acopilco.

Quizás este resultado se deba a las condiciones personales, además de que las tres cargaron con el trabajo de casa y el miedo en algún momento de perder su trabajo, por ende, fueron más vulnerables ante la situación económica. Otra cuestión importante que comentar, fue que las tres no tienen la misma cantidad de hijos. Magali tiene 2 hijos o hijas, Jireh 1 hijo o hija (de meses en ese momento) y Laura 2 hijos o hijas.

Es probable que la cantidad de hijos o hijas no tuvo nada que ver con la salud mental de las mujeres, sino que la salud mental de acuerdo con sus argumentos se vio más influenciada por la carga de trabajo, las preocupaciones y el contexto personal de cada una, como lo expresaron sus comentarios.

Al mismo tiempo, la revisión de los resultados de las mujeres entrevistadas con la escala GAD-7 en San Lorenzo Acopilco mostró que las que alcanzaron un puntaje más alto se observan en la tabla 8.

Tabla 8 Mujeres que sacaron un puntaje mayor en la prueba GAD-7 de San Lorenzo Acopilco

Nombre	GAD-7
Jireh	19
Abigail	18

Nota. Elaboración propia.

Su interpretación de esos puntajes sería la siguiente.

- Jireh con un puntaje de 19, es decir se apreciaron síntomas de ansiedad severos.

“Estaba postulando para una nueva vacante, pero llegó la pandemia y esto no sucedió y se entorpece el proceso. Esto me generó mucho malestar porque llevaba tres años postulándome para cambiar de área y para ese puesto desafortunadamente se perdió. Además, tuvimos que usar nuestros ahorros para pagar el hospital a mi suegro quien se contagió de COVID-19 y siempre vivimos con miedo a perder nuestros empleos”.

Jireh, 37 años, Acopilco

- Abigail con 18 lo que quiere dar a entender que se apreciaron síntomas de ansiedad severos.

“Tenía mucho estrés más que nada, debido a la carga del trabajo, el vivir con mis suegros y estar encerrados fue una situación complicada, la cuestión económica creo que fue lo que afectó mi salud mental”.

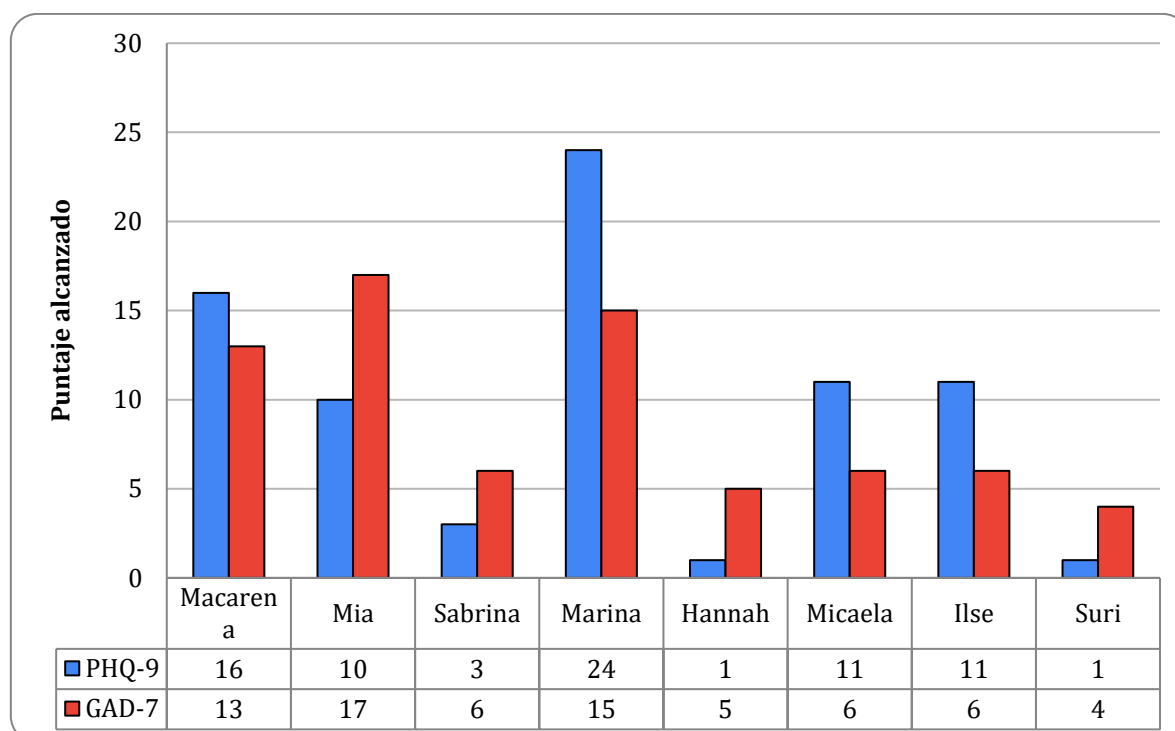
Abigail, 32 años, Acopilco.

Como se puede reflexionar al analizar los resultados obtenidos en las escalas PHQ-9 y GAD-7 es que Jireh presentó el nivel más elevado de ambos instrumentos. Esto podría deberse a varios factores que afectan su bienestar emocional, como la edad de su hijo, la carga laboral, la inseguridad laboral, la falta de reconocimiento profesional y la situación económica y de salud de un familiar con COVID-19.

Anexo 5.1.2 Índices de ansiedad y depresión en las mujeres entrevistadas de Santa Fe

Los factores observados que influyen en la salud mental de las mujeres de Santa Fe fueron: la convivencia con parientes políticos (como suegros, cuñados, etc.), la responsabilidad de atender a algún adulto mayor, el aislamiento social con solo su núcleo familiar, y la frustración de algunos objetivos profesionales y laborales.

Gráfica 4 índices de escala PHQ-9 y GAD-7 de las mujeres entrevistadas de Santa Fe



Nota. Elaboración propia.

Por lo tanto, en el análisis de los datos de la escala PHQ-9 de las mujeres entrevistadas de Santa Fe quienes obtuvieron el puntaje más alto se pueden observar en la tabla 9.

Tabla 9 Mujeres que sacaron un puntaje mayor en la prueba PHQ-9 de Santa Fe.

Nombre	PHQ-9
Macarena	16
Marina	24

Nota. Elaboración propia.

La interpretación fue la siguiente

Marina obtuvo 24 puntos lo que quiere decir que se apreciaban síntomas de depresión severa

“Tuve estrés, ansiedad y creo que un poco de depresión, pues tenía que cuidar por su edad, ella me podía ayudar, pero no en cosas complicadas, por lo que yo me decía que podía sola, no supe delegar las actividades de la casa, mi hijo y estudiar una segunda carrera con todas las actividades fue pesado. Pedí ayuda psicológica de parte de la empresa de la institución, por estrés, ansiedad. Porque mi desempeño se vio perjudicado”.

Marina, 36 años, Santa Fe.

Macarena obtuvo 16 puntos lo que quiere decir que se apreciaron síntomas de depresión moderadamente severa.

“La pandemia fue el tiempo en el que más trabajé porque teníamos que cubrir aparte de las horas de clases y resolver sus dudas. En lo personal la carga de todo el trabajo se me juntó más porque era una nueva mamá si de por si te estresas por el tema de la maternidad, ahora la pandemia y el trabajo si fue mucho estrés al inicio acomodarnos a esto, aunque mi esposo me ayuda ya que él descansó un rato de su trabajo y la señora con mantener el orden de la casa, creo que carga de trabajo si te refieres a todas estas actividades creo que no. Al principio no nos acomodamos en lo que le tocaba a mi esposo y que me toca hacer a mí, más la señora que nos apoyaba fue estresante agarrar ese ritmo”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

Al mismo tiempo al examinar los resultados de la escala GAD-7 de las mujeres entrevistadas en Santa Fe los puntajes más altos (ver tabla 10) y la interpretación de estos datos fueron los siguientes:

Tabla 10 Mujeres que sacaron un puntaje mayor en la prueba GAD-7 de Santa Fe.

Nombre	GAD-7
Mia	17
Marina	15

Nota. Elaboración propia.

Mia con 17 puntos posiblemente se apreciaron síntomas de ansiedad severos.

“Si afecta mi calidad de vida, porque al inicio le bajaron los clientes en la empresa de mi esposo, entonces afectó nuestro nivel de vida porque era pagar colegiaturas en la IBERO creo que como 2 meses nos vimos afectados”.

Mia, 35 años, Santa Fe.

Marina con 15 puntos quizás se apreciaron síntomas de ansiedad severos

“Fue frustrante porque no me cuadran los tiempos , mis horarios no se cumplían, me pasaba de los horarios de una actividad y obviamente la otra y no podía hacerla o terminarla. Fue difícil al principio como los 3 primeros meses de adaptación fueron un caos y si hubo bastante frustración y ansiedad. No me daba tiempo para mí, ya que quise abarcar todo yo, no había manera de dedicarme tiempo porque tenía que hacer las cosas. Ahorita es cuando me estoy dando tiempo de relajarme y de hacer actividades que me dan paz, pero en su momento no había manera”.

Marina, 36 años, Santa Fe.

Los resultados de las escalas GAD-7 y PHQ-9 indican que Marina presentó un nivel elevado de ansiedad y depresión. Es posible que esto se relacione con la sobrecarga de responsabilidades que asumió durante el confinamiento, al tener que atender a una persona mayor, las tareas domésticas, el trabajo y los hijos (as), sin poder distribuir las cargas con otras personas, según su propio testimonio.

Según Bonifaz Alfonso (2020); Saldívar (2021), la pandemia de COVID-19 ha generado una brecha de género en el ámbito doméstico y de cuidados, ya que las mujeres han tenido que asumir la mayor carga de las labores del hogar y el cuidado de las personas dependientes, lo que ha afectado negativamente a su salud mental. Esta situación no se debe a que las mujeres no hayan podido contar con el apoyo de sus parejas, sino a que existen factores estructurales que reproducen la desigualdad de género en la distribución del trabajo no remunerado.

Un análisis crítico de lo planteado por estas autoras nos permite comprender que el problema no radica en la incapacidad de las mujeres para compartir estas responsabilidades con sus parejas, sino en la persistencia de factores sociales, culturales y económicos que reproducen la desigualdad de género en la distribución del trabajo no remunerado.

Anexo 5.2. El contexto de las mujeres en ambas colonias de Cuajimalpa –el *home office*, el trabajo en casa, cuidado de hijos o hijas y la sobrecarga de trabajo—, asociadas a la ansiedad y depresión

Este apartado expone lo encontrado en las mujeres entrevistadas en ambas colonias en relación con la percepción de compaginar el *home office*, el cuidado de los hijos e hijas, las tareas de la casa y el crecimiento laboral, con la finalidad de conocer si esto influyó en los niveles de ansiedad y depresión expuestos desde su experiencia.

Para dar contexto es importante comentar que las medidas tomadas durante la pandemia tuvieron la finalidad de reducir los contagios en los centros de trabajo, por lo que los corporativos trasladaron las actividades a las casas, es decir el *home office*. Esto provocó que las mujeres vivieran esa temporada sin tiempo para ellas —ya fuera para relajarse o realizar alguna actividad que les gustara— y, en consecuencia, con mayor carga de trabajo y repercusiones en su salud mental.

“Durante la pandemia no tuve tiempo para mí ya que la demanda de trabajo fue mucho, el tiempo en familia ya que todos estábamos en casa y me la pasé al pendiente de mis papas”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

Respecto a la jornada laboral la gran mayoría percibió un aumento de las actividades o trabajos que debían realizar durante su jornada. Algunas comentaron que esto se debió a que las mismas empresas no confiaban en que se cumpliera con el horario laboral y en muchas de las ocasiones esta carga generaba que comieran mientras trabajaban o a deshoras.

“Mi jornada laboral incrementó porque tenía que enviar actividades y luego las juntas con la dirección se extendía más de mi horario laboral, estas juntas se realizaban los viernes en la tarde para platicar sobre el proceso de alumnos, fue molesto, frustrante, no la pasé mal,

pero fue complicado”.

Adela, 39 años, Acopilco

“De hecho, fijate que las jornadas más pesadas de trabajo fueron durante la pandemia, de verdad si siento que la empresa nos dio más actividades como para no estar en descanso. Aunque las horas no aumentaron, la carga de trabajo aumentó mucho y los horarios de comida no lo respetaban, siento que es mejor ir a la oficina que estar en línea. Creo que los jefes pensaban que en el home office uno se quedaba en casa flojeando y entonces se la pasaban llamándome y preguntando a cualquier hora un asunto o en mi hora de comida me dejaban otro trabajo, aunque no terminarás el anterior”.

Jireh, 37 años, Acopilco

El *home office* y la pandemia causaron mayor impacto en las mujeres, debido a que ellas trabajan más durante este periodo. Es posible que esto sea por la asignación a los roles sociales, pues fueron ellas quienes tuvieron que equilibrar su trabajo, con el cuidado de hijos e hijas, las actividades de la casa, a pesar de estar al mismo tiempo un hombre presente y en *home office* (González, 2020).

Finalmente, la pandemia fue un punto de cambio y de reflexión acerca de temas como la desigualdad social y de género. En cuanto a la desigualdad de género podría concluir que la interseccionalidad juega un papel importante para tener el privilegio de contratar apoyo para las tareas del hogar y de los hijos o hijas, para poder dedicarse tiempo para ellas mismas, a pesar de reducir su jornada de trabajo.

Anexo 5.2.1. El *home office*, la conciliación de la vida laboral y las tareas asignadas al género, las jornadas de trabajo y el crecimiento laboral

El *home Office* dispone de ventajas en su mayoría para las empresas y para los hombres, quienes estos últimos deben de cumplir —desde los roles asignados al

género— con tareas o actividades en el espacio privado. Es decir, el *home office* y la pandemia dejó en desventaja a las mujeres, ya que aumentó la desigualdad de los roles de género, en vista que las medidas de confinamiento desencadenaron el trabajo se realizará en un mismo espacio, lo que quizás perjudicó su salud mental el no separar los espacios y los tiempos en las actividades laborales, domésticas y de cuidado.

En cuanto a los comentarios de las mujeres entrevistadas resaltaron temas que a ellas les preocupan y los cuales fueron relevantes durante la pandemia. Un punto que desde el pasado ha perjudicado de primera mano a las mujeres fue la desigualdad de género. Como sabemos la pandemia incrementó esta desigualdad, pues la mayoría se enfrentó a un escenario de compaginar su trabajo profesional, el trabajo de cuidado y las tareas del hogar.

Debido a que el *home office* les proporcionó una carga laboral ya que en un mismo espacio tuvieron que cumplir con sus roles asignados al género como lo fue la primera y segunda jornada, además de las tareas de cuidado —en el cual se anexaron actividades escolares de los hijos e hijas—. Al final de cuentas las mujeres entrevistadas a pesar de toda la carga que conllevó el *home office* mencionaron las ventajas y desventajas que percibieron desde sus experiencias propias.

“Una de las ventajas de mi trabajo es que la IBERO ya había home office entonces ya conocíamos la manera que se manejaba este sistema de trabajo y como te digo me levantaba más tarde a las 8 y conectarme sin preocuparme por peinarme, bañarme y el tráfico como que tuvo estas ventajas. Pero también sus desventajas, aunque dormía un poquito más, me desconectaba más tarde, comía con la computadora y pues cambiaron hábitos alimenticios”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

“El trabajo fue molesto, frustrante, no la pasé mal, pero fue complicado por el envío de actividades a deshora, el trabajar fuera de mí horario. Pero al final una de las ventajas es que me permitió

conectar con mis hijas y pasar más tiempo con ellas”.

Adela, 39 años, Acopilco

Pese a que el *home office* tiene ventajas, también tiene sus desventajas puesto que perjudicó a los sujetos —en su mayoría a las mujeres—, tal como Ramírez Pérez (2019, p. 110) declara que

El *home office* es una herramienta que ofrece grandes ventajas para una sociedad moderna, pues se ve acompañado de beneficios ambientales, sociales, económicos que aplican no solo a los trabajadores sino también a la sociedad en general. No obstante, se debe tener claro que, al no implementar una política clara para evitar el agotamiento o burnout, la experiencia del *home office* pudo haber perjudicado a las y los trabajadores.

Es evidente que el *home Office* generó mayores consecuencias en las mujeres que los hombres, posiblemente por las tareas asignadas a los roles de género, debido que las mujeres además de encargarse de su trabajo atendían las tareas de la casa, el cuidado de los niños y niñas, lo que creó al final más carga de trabajo.

“Las empresas como donde yo trabajo todavía está haciendo el sistema híbrido, las empresas se dan cuenta de que no es necesario tener a un empleado dentro de las oficinas, se dieron cuenta que se podrían ahorrar un poco más, en la cuestión de luz, electricidad, internet, renta de oficinas, algunos insumos como papel de baño, agua porque ya todo lo absorbe uno en casa. Si creo que las empresas se dieron cuenta que el home office tuvo sus ventajas. Pero también sus desventajas como puedes estar disponible a cualquier hora en casa pues te empiezan a explotar un poco más, como más trabajo son las 11 de la noche y yo seguía trabajando”.

Martha, 37 años, Acopilco

En lo que se refiere a la jornada de trabajo previos a la pandemia, en su mayoría afirmaron que eran de 8 horas al día, algunas mujeres mencionaron tener un horario menor o con un horario flexible. Estos últimos casos se refieren a mujeres que trabajan por proyecto, metas y objetivos, en otras palabras, tienen una pequeña empresa o trabajan como *freelance*, estos tipos de actividad laboral mayormente son características de las mujeres de Santa Fe, pero no exclusiva de ellas.

Aun cuando las jornadas de trabajo en algunos casos no tuvieron cambio, en otros aumentaron de horas, posiblemente por la demanda de las actividades laborales. Por otro lado, unas redujeron su jornada laboral para poder estar más tiempo en sus actividades de cuidado y del hogar.

“Aunque mis horarios de trabajo los puedo manejar como yo quiero lo que me costó fue organizarse debido a que mi hija menor estaba en primero de preescolar, además de que todas las demás actividades en casa que al final si me estreso y agotó”.

Micaela, 34 años, Santa Fe.

Un sector que sufrió el aumento de trabajo fue el sector educativo, pues la mayoría de las mujeres entrevistadas que son docentes argumentaron que la exigencia de trabajo fue mayor, dado a todas las actividades que debían enviar, también a las juntas fuera de su horario e incluso unas tuvieron que trabajar los sábados y domingos. Por ende, debían de estar en contacto las 24 horas, los 7 días de la semana con los padres de familia y con los directivos de la escuela o colegio.

“Fueron muchísimas horas más de mi horario de trabajo en la pandemia había juntas en las tardes y la verdad no sé cómo cuantas horas y a veces trabajábamos en sábado y domingo, nos conectábamos para juntas y si era pesado. Fue un poco caótico porque la carga del trabajo si fue muy invasiva por parte del trabajo. Los fines de semana, sábado y domingo, eran pesados porque de

repente avisaban que nos teníamos que conectar para una junta, entonces si era pesado ningún día descansaba”.

Barbara, 37 años, Acopilco

“Mi jornada laboral creo que incrementó porque tenía que enviar actividades y luego las juntas con la dirección se extendía más de mi horario laboral, estas juntas se realizaban los viernes en la tarde para platicar sobre el proceso de alumnos”.

Adela, 39 años, Acopilco

“La realidad fue más lo que trabaje porque teníamos que cubrir a parte de las horas de clases y resolver sus dudas, juntas, cursos, papeles para comprobar que realmente estábamos trabajando sí aumentó el trabajo”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“Laboralmente si fue más trabajo pues me dedicaba deshoras para enviar tareas, teníamos grupos de WhatsApp e igual con los papás y ellos te hacían preguntas y en el instante tenías que contestar, o sea si como se sobrecargo un poco más”.

Mia, 35 años, Santa Fe

Un aspecto que también influye en la situación laboral de las mujeres es el tipo de actividad que realizan, por ejemplo, las que se dedicaban a la atención al público, las ventas, el contacto con proveedores y otros, fueron de las más perjudicadas, ya fuera por la crisis económica, ya que su salario dependía de las comisiones y por otro su salud mental por el exceso de trabajo. Martha y Laura experimentaron estas dificultades pues vieron mermados sus ingresos, lo que les generó una ansiedad constante por alcanzar los objetivos en su trabajo, obtener mayores comisiones y así cubrir sus gastos familiares.

Estos trabajos evidenciaron que la carga de estos puestos laborales es mucha, ambas no tenían horario para desconectarse de su trabajo, ya que al ganar por comisiones y contar un sueldo bajo, tenían que llamar a los clientes y proveedores para garantizar un mejor sueldo.

“La pandemia me afectó, pues mi rendimiento bajó ya que me pagaban por Bono y pues tu bono disminuye y entonces ya no tienes el mismo ingreso. Además, estar lidiando con una pantalla también fue problemático porque insisto no tienes esa relación con el cliente y más en este perfil tú sabes qué pues tienes que enamorar al cliente para venderle. Entonces cuando lo tienes frente a frente, pues a lo mejor hay mil maneras como de poder persuadir una venta, pero vía telefónica o por pantalla es más complicado”.

Martha, 37 años, Acopilco

Para Laura la carga de trabajo fue tal, que decidió renunciar, posiblemente no le fue posible compaginar el trabajo, el cuidado de su hija y la casa por lo que tomó esa decisión. Esto expone una de las consecuencias de la pandemia, la desigualdad laboral debido a que la mayoría de las mujeres decidieron renunciar a su trabajo, para poder atender a sus hijos e hijas y las actividades de la casa. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) menciona que las mujeres redujeron su participación laboral a partir de la sobrecarga de cuidados de hijos e hijas, *homeschool* y trabajo doméstico.

“Le dedicaba igual de tiempo para llamar a los clientes y proveedores. Aunque la pandemia cambió todo me frustraba más, no pasaba tiempo de calidad con mi hija, aunque lo laboral no se me hizo difícil. La casa y mi hija sí porque ella hace mucho berrinche por todo. Y conforme fueron pasando los meses me estresa mucho ya que no podría cargar con todo y trabajar, por lo que renuncié, así tuve más tiempo en todas las actividades”.

Laura, 34 años, Acopilco

Al preguntar a las mujeres acerca del crecimiento laboral en su mayoría comentó que la maternidad y las tareas del hogar no les impidió un crecimiento laboral, a pesar de la carga de trabajo. Probablemente esto se deba a que ellas contaron con una red de apoyo.

“Cómo trabajábamos más de cerca con el jefe, sirvió para que se detectarían otras áreas de fortaleza que pudieron llevarme a que confiaran más en mí para otras actividades, pues vieron que soy super atenta, responsable en el trabajo, que todo el tiempo estaba conectada y salían las cosas las solucionaba”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

“El tener que dejar mi consultorio y moverme a la casa, atender por meet o zoom a los pacientes fue bueno porque aprendí a manejar estas plataformas. no hubo barreras, muchos conocidos me recomendaron creo que hasta tuve más pacientes”.

Suri, 35 años, Santa Fe.

“Sí hubo crecimiento ya que no dependes tanto de estar en lo presencial y aprendí a dar clases virtuales, nuevas estrategias de enseñanza-aprendizaje para que no se aburriera durante la clase”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“Crecí porque aprendí a moverme en un aula virtual y a manejar más la tecnología, ha incorporar más modelos de enseñanza-aprendizaje”.

Mia, 35 años, Santa Fe.

“Profesionalmente no hubo alguna barrera que me impidiera que

creciera, creo que el trabajar por proyectos me ha ayudado a no quedarme únicamente esperando, sino tener contactos para generar una cartera de clientes más amplia, así que no hubo ningún problema”.

Hannah, 30 años, Santa Fe.

Como podemos inferir, muchos de los crecimientos laborales fueron orientados al uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), en vista que las actividades como juntas, entrega de reportes o trabajos se realizaron por medio de una computadora, tableta, correo e internet.

“Me costó mucho trabajo entender las plataformas tecnológicas y adaptarme a participaciones como lo manejaban los maestros y mis compañeros pues ellos estaban adaptados porque manejan mejor eso de las redes y yo no. En cuanto a mi trabajo lo que sucedió fue que mis clientes los atendí vía telefónica e igualmente proveedores fue vía telefónica, zoom y con el uso de redes sociales y plataformas que aprendí a usar”.

Marina, 36 años, Santa Fe.

“Creo que la pandemia me permitió aprender usar la tecnología y actualizarme en cuanto al uso de esta y así otras herramientas para entretener en clases a los alumnos durante nuestra hora de clases”.

Adela, 39 años, Acopilco

“Creo que incluso hubo crecimiento laboral porque aprendí a usar todas las aplicaciones que manejamos, porque todo se volvió tecnológico y siento que hubo aprendizaje tecnológico”.

Barbara, 37 años, Acopilco

A pesar de la crisis sanitaria, algunas mujeres lograron avanzar en sus carreras profesionales, pero otras se vieron afectadas por la paralización de las actividades económicas. Algunas de ellas relataron que la pandemia les impidió acceder a mejores oportunidades laborales, ya que muchas empresas suspendieron las contrataciones y los ascensos.

“La pandemia hizo que todo el progreso que tenía laboralmente se retrasara o sea por ejemplo en el momento que inició la pandemia, laboralmente yo estaba muy bien y de hecho estaba postulando para una nueva vacante dentro de la misma empresa, pero llegó la pandemia y esto no sucedió y se eliminó el proceso. Esto me generó mucho malestar porque llevaba tres años postulándome para cambiar de área y para ese puesto desafortunadamente se perdió”.

Jireh, 37 años, Acopilco

Un aspecto que se abordó en la entrevista fue la situación de Micaela, que sufrió mucho estrés por *home office*, pero no se lo comunicaba a su familia. Sus hijas se dieron cuenta de su malestar, especialmente la más pequeña, que luego tuvo una crisis emocional.

“Sí llegué a sentir mucha carga de estrés por mi trabajo, las niñas, la casa y eso que no tengo un horario fijo, pero si me entro frustración al no avanzar como yo quisiera en los proyectos que tenía. Además, me reproche mucho el no tener un trabajo en una oficina con un horario, pero pues sinceramente si necesite buscar terapia por la frustración. Este estrés al final recayó en mis hijas, pues mi hija menor tuvo una crisis se empezó a rasguñar y arrancarse el cabello evidentemente del estrés que ella percibía en mí”.

Micaela, 34 años, Santa Fe.

La pandemia trajo consigo nuevos retos para las mujeres que trabajaban en *home office*. No solo tuvieron que adaptarse a las nuevas tecnologías y formas de comunicación, sino también a la convivencia constante con sus familias. La

armonización de los roles laborales, domésticos y familiares fue uno de los principales desafíos que enfrentaron.

Las mujeres consultadas expresaron sentir ansiedad o insatisfacción, independientemente de contar o no con apoyo para las tareas del hogar y el cuidado de los hijos e hijas. Muchas no lograron establecer límites claros entre el trabajo y la vida personal, algunas disminuyeron su jornada laboral y otras reflexionaron sobre su visión del trabajo tradicional de oficina.

La COVID-19 provocó un impacto en las tareas y en el trabajo que realizaron las mujeres, dado que antes de la pandemia la casa, el cuidado de hijos e hijas y el trabajo se realizaban en diferentes espacios y tiempos, lo que no se había visibilizado la sobrecarga de trabajo a las mujeres.

La pandemia de COVID-19 trajo consigo una serie de retos para las mujeres que trabajaron desde casa. No solo tuvieron que adaptarse a un nuevo entorno laboral, sino que también tuvieron que asumir un mayor rol en el apoyo a la educación de sus hijos e hijas. Esto implicó supervisarlos, conectarlos a las clases virtuales, resolver sus dudas y revisar sus tareas. Además, las mujeres siguieron encargándose de las tareas del hogar y del cuidado de otros familiares. Así, las mujeres que hicieron *home office* combinaron su espacio laboral con actividades de cuidado, educativas y domésticas.

“Como mi hija menor estaba en primero de preescolar y era estar tras de ella que se conectará, que pusiera atención en clases, que no se levantara, también comprar todo el material que pedían un día antes para que pudiera hacer las actividades durante su hora de clase”.

Micaela, 34 años, Santa Fe

Paralelamente, la maternidad y las tareas del hogar les impidió un crecimiento laboral, ya que no podían emplear más tiempo en clientes, proyectos o trabajar horas extras, de modo que algunas tomaron la decisión de dedicar más tiempo a sus hijos o hijas por las actividades escolares —independientemente si contaban o no con una red de apoyo—.

“Sí al inicio me estancó profesionalmente, ya que tuve que dejar algunos clientes y bajar las horas que le dedicaba para que me diera tiempo para las niñas y la casa. Hace un año y medio surgió la oportunidad de un trabajo de 5 meses para una organización sin fines de lucro en traducir del francés a español y viceversa, así que, si profesionalmente si tuve al inicio un estancamiento, pero después todo se estabilizó”.

Micaela, 34 años, Santa Fe.

“Una barrera que yo viví fue que todo era más pesado, ocupaba más tiempo para mis hijos, lo que no me permitió en mi algún crecimiento o aspirar a algo más en ese tiempo para no cargarme más la mano, para apoyar a mi esposo a que él pudiera crecer”.

Magali, 35 años, Acopilco

El tema de conciliar el trabajo, los hijos e hijas, el *homeschool* y la casa propició que algunas renunciarán a su trabajo. Para Laura la carga de trabajo fue tal que renunció, posiblemente no le fue posible compaginar el trabajo, el cuidado de su hija y la casa por lo que tomó esa decisión. Esto expone una de las consecuencias de la pandemia, la desigualdad laboral debido a que la mayoría de las mujeres decidieron renunciar a su puesto, para poder atender a sus hijos e hijas y las actividades de la casa. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) menciona que las mujeres redujeron su participación laboral a partir de la sobrecarga de cuidados de hijos (as), *homeschool* y trabajo doméstico.

“La pandemia cambió todo me frustraba más, no pasaba tiempo de calidad con mi hija, aunque lo laboral no se me hizo difícil. La casa y mi hija sí porque ella hace mucho berrinche por todo. Y conforme fueron pasando los meses me estresa mucho ya que no podría cargar

con todo y trabajar, por lo que renuncié, así tuve más tiempo en todas las actividades”.

Laura, 34 años, Acopilco

Por otro lado, para algunas mujeres el conciliar sus actividades y tareas les permitió reflexionar acerca de sus prioridades en ese momento y cambiar el tiempo invertido en su trabajo, esta decisión les facilitó el disminuir las responsabilidades y el estrés ocasionado por la sobrecarga de trabajo, intensificada por la pandemia y el *home office*.

“La pandemia me hizo reflexionar sobre la idea de trabajar o tener un trabajo típico de 8 horas, el trabajar en casa cambió esa perspectiva en mí, valore más estar en casa y tener un ambiente más hogareño y dedicado a mi hija, si como que me cambio mi perspectiva laboral en el futuro. Entonces inicie con un proyecto que me diera las facilidades de estar en casa y con mi hija”.

Hannah, 30 años, Santa Fe.

Quintero-Hernández y Del-Carpio-Ovando (2022) argumentan que para las mujeres el estrés, ansiedad, incertidumbre y miedo se ve mayormente por la falta de conciliación entre el cuidado de hijos e hijas o algún familiar y las tareas del hogar. Con esto se quiere resaltar que el estrés, la ansiedad, la incertidumbre y el miedo fueron emociones que afectaron de manera desproporcionada a las mujeres, especialmente en tiempos de crisis, como lo fue la pandemia.

Una de las principales causas de este malestar fue la dificultad para conciliar la vida laboral y familiar, lo que implicó asumir la mayor parte de las responsabilidades domésticas y de cuidado. Esta situación generó una sobrecarga física y mental que puede tener consecuencias negativas para la salud y el bienestar en las mujeres.

Para concluir, durante la pandemia la mujer ejerció todos los roles —los cuales son asignados a ellas — y los cuales en su mayoría son invisibles, por lo que al final de cuenta esto repercutió en la falta de poder compaginar la vida laboral,

cuidado de los hijos e hijas, labores del hogar, entre otros. Además, de que esta sobrecarga laboral repercutió en su salud mental, por ejemplo, un estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2021) en México:

Se encontró que, durante la pandemia, las mujeres mexicanas enfrentaron mayores niveles de desempleo que los varones y se registró el incremento en el uso de medicamentos psiquiátricos para enfrentar el insomnio, ansiedad y depresión ocasionados por el agotamiento físico y mental. Además, muchas mujeres se vieron sometidas a presiones adicionales y poco sostenibles al tener que combinar su jornada laboral con las labores de cuidado y del hogar.

En este sentido se concluye que la desigualdad y los roles de género siguen latentes, pues a pesar de que las mujeres viven con otros familiares masculinos llámese padres, hermanos o hermanas, pareja, suegros y suegras. Son ellas quienes cargan con las responsabilidades de las labores domésticas y de cuidado.

Anexo 5.2.2. La división de tareas domésticas, las de cuidado y crianza. Conocer la dinámica familiar y la relación en pareja

Se analizó lo referente a la división de las tareas asignada a los roles de género, la conciliación entre los espacios públicos y privados. Además, de la dinámica familiar y de pareja, sus beneficios y las repercusiones que la pandemia tuvo en estas dinámicas familiares.

La conciliación entre lo laboral, la casa y la familia fue una de las tantas dificultades que enfrentaron las mujeres y madres trabajadoras durante la pandemia, las mujeres entrevistadas argumentaron sentir estrés o frustración a pesar de tener o no apoyo para realizar las actividades de casa y de hijos e hijas, asimismo algunas no supieron cómo delegar las actividades, otras tuvieron que reducir su horario de trabajo para “cumplir” con los roles sociales.

La pandemia alteró las redes de apoyo de muchas mujeres que antes podían contar con su familia femenina para cuidar de sus hijos e hijas. El riesgo de contagio

hizo que muchas se aislarán y perderán esa conexión que tenían con su mamá, una hermana o alguna otra pariente. Esto ha generado un impacto negativo en su bienestar emocional.

“Bueno antes de la pandemia podría llamar a mi mamá o papá y me apoyaron con mis hijos, pero en realidad durante ese tiempo no quería exponerlos a que se contagiaran, así que yo sola con mi esposo nos la arreglábamos”.

Martha, 37 años, Acopilco

“Al inicio de la pandemia mis papás se fueron a Estados Unidos y ningún familiar más vive aquí, así que mi única red fue mi esposo y la señora que trabaja conmigo”.

Suri, 35 años, Santa Fe

Abigail se diferenciaba de otras mujeres en su situación, pues, aunque compartía el hogar con sus suegros y podía recibir su ayuda, ella optó por cuidar de sus hijos personalmente. La razón era que no tenía una buena relación con su suegra, o sea, existían conflictos con la familia política.

“En la casa vivimos nosotros 4 y mis suegros... no tuve una red de apoyo solo mi esposo y yo. Sinceramente no confío mucho en mi suegra para dejar a mis hijos con ella por situaciones en las cuales no tienen permitido algo y cuando se quedan con ella, ella no respeta lo que digo, pero en caso de que sea una urgencia con una de mis hermanas o mi suegra”.

Abigail, 32 años, Acopilco

Las mujeres de Santa Fe enfrentaron diversos desafíos durante la pandemia, según su condición socioeconómica. Algunas pudieron contratar ayuda doméstica o de cuidado, lo que les permitió dedicarle más tiempo a sus trabajos y a su bienestar personal. Los altos niveles de ansiedad y depresión que sufrieron las

mujeres de Santa Fe se debieron a que sus proyectos se vieron afectados por la crisis sanitaria y la convivencia familiar.

Ilse optó por una solución diferente a la de la mayoría de las mujeres de Santa Fe para conciliar su vida laboral y familiar: contratar a sus propios familiares para que le ayudarán con las labores domésticas y el cuidado de los niños y niñas. Esta decisión contrasta con la de otras mujeres que recurrieron a trabajadoras domésticas antes y durante la pandemia.

“La carga de mi trabajo, los niños y la casa la verdad fue pesada, fíjate que los primeros días que no tuve un apoyo, fue pesado y estresante. Pero después tuve que hacer un plan B, o sea sí tuve que implementar cosas como el pagarle a mi hermana y mi sobrino para que me ayudarán a conectar a mis hijos a su escuela, que alistarlos, bañarlos darles de comer y con cosas de la casa como mantenerla limpia”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

“Afortunadamente tengo una señora que trabaja en la casa me quita ese peso de andar limpiando o a veces atendiendo a mis hijos. Sin embargo, si extrañe como antes se podía salir y nos distraemos del caos de los hijos, pero sí fue difícil, agobiante y caótico a pesar de la ayuda que la señora me aporta”.

Suri, 35 años, Santa Fe.

“Mi esposo me ayuda ya que él descansó un rato de su trabajo y la señora con mantener el orden de la casa, creo que carga de trabajo si te refieres a todas estas actividades creo que no. Aunque gracias a Dios tengo un esposo que me ayuda y me apoya con el niño y una señora que nos ayuda en todo lo de la casa pues no tuve mucho trabajo”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

Por otro lado, está la situación que vivieron las mujeres de Acopilco, pues ellas tuvieron que aprender a rendir y organizar sus tiempos para poder hacer todas las actividades durante el día, —quizás por la situación económica que atravesaban no les permitió contratar algún apoyo—. En resumidas cuentas, estas experiencias demuestran que el *home office* y el trabajo durante la pandemia es irreconciliable con el cuidado de hijos e hijas sin apoyo.

“Durante la pandemia si se trabajaba más, igual lo complicado fue no poder irse a despejar, todo cambió el ritmo de trabajo y los tiempos. Fue complicado porque estábamos los 3 conectados a internet, se saturaba, luego fue organizarnos al inicio fue complicado porque no teníamos computadoras así que fue estresante y luego estudiaba mi hijo o trabajamos yo y mi pareja. Con mi hijo menor que estaba en 1 preescolar era andar cazando programas para preescolar, y el otro igual repartiéndose todos los aparatos para poder trabajar o conectarse a la escuela. Y pues toda la carga de ellos, la casa si eran pesadas yo lo hacía todo, no tenía quien me echara la mano en nada”.

Magali, 35 años, Acopilco

En lo que se refiere a los casos donde toda la familia o lo que vivían en la casa se contagiaron, fue un escenario de un aumento de estrés y ansiedad para las mujeres, dado que ellas fueron las que, a pesar de estar enfermas, cuidaban a su familia o a las personas enfermas, además de las tareas domésticas y medidas de higiene y sus actividades de trabajo, posiblemente esto se deba al rol asignado al género.

“Mi esposo, mis hijos y yo nos contagiamos de COVID... en su mayoría yo tuve que realizar las tareas de cuidado y limpieza en casa, no sé si a los varones les pega más fuerte o que se deba que se la pasaban acostados”.

Magali, 35 años, Acopilco

“Sali positivo y la forma de cómo te notifican y cómo te hacen sentir ante el corporativo es algo abrumador. Eso es si te preguntan con quién tuviste contacto. Cuando me avisan fue un sábado y el lunes ya tenía aquí a la gente de corporativo entregándome mi computadora para trabajar, eso sí tienes que trabajar no hay forma de que te descansen, así que tienes que trabajar”.

Martha, 37 años, Acopilco

Estos argumentos fueron principalmente de las mujeres que vivían en Acopilco, es posible que esta situación de no tener el apoyo de una persona que les ayude en casa y ellas son las que principalmente se encargan de las tareas y limpieza de su casa.

De las mujeres entrevistadas quienes contaron con una red de apoyo ya sea algún familiar o si contrataron a alguien para poder conciliar todas estas esferas y poder seguir con su trabajo, concluyó que, el sistema de apoyo fue fundamental para que pudieran lograr sus objetivos laborales y personales¹²³¹²⁴.

Por otro lado, en la división del trabajo en casa resulta importante rescatar que en algunas de las situaciones hubo apoyo de sus parejas aparte del apoyo por contratar a alguien. En ocasiones ese apoyo de parte del esposo resultó beneficioso para su relación de pareja y con sus hijos e hijas.

“Mi esposo veía a los niños cuando podía o yo. Cuando ninguno de los dos podía, estaba la señora que contratamos”.

Suri, 35 años, Santa Fe.

¹²⁴ Laura quien al final tuvo que renunciar se observa que su único apoyo era su esposo, sin embargo, él se iba a trabajar, por lo que en realidad no contaba con un sistema que le permitiera realizar su trabajo y la carga de trabajo incrementó de tal manera que optó por renunciar, por el contrario, Martha quien igual trabaja en el mismo rubro que Laura, ella no tuvo apoyo, aunque la carga de trabajo fue igual, en cuanto a las responsabilidades del puesto, puede que un motivo por el que pudo soportar esta carga sea por la edad de sus hijos quienes oscilan 10 a 12 años.

“Si los primeros meses como te digo si me ayudo después que le dieron la coordinación de la licenciatura no pudo por que la exigencia de su trabajo aumentó y pues trató de ayudarme con cosas simples, nunca he tenido la necesidad de decirle oye ayúdame con esto porque si él lo ve lo hace, siempre le decimos a las niñas que la casa no es mi responsabilidad es un trabajo en equipo y así nos apoyamos en todos, porque nunca me ha gustado tener una trabajadora en casa”.

Micaela, 34 años, Santa Fe.

“En cuanto a la división de trabajo la señora hacía el trabajo más pesado y ya de allí creo que no tenemos ningún conflicto, solo me ayudaba mi esposo con el jardín limpiarlo y yo y mi niña nuestros cuartos y ya”.

Hannah, años, Santa Fe.

“Las niñas arreglaban su cuarto, en mi esposo si vi un cambio porque si él de plano antes no metía las manos para nada. Con la pandemia cambió de repente las niñas hacían su cuarto, él me ayudaba hasta cocinar, sí se relacionaba más con las labores de la casa”.

Mia, 35 años, Santa Fe

“Él hace más que yo y pues la señora que nos ayuda porque antes yo estaba en home office y ya después de que terminaba, ya me encargaba de otras cosas como lavar un poco los trastes y ver la comida cosas así”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“Mi esposo fue mi apoyo él cocina muy rico, entonces si la verdad se acomoda a todo, si él me veía apurada él lo hacía la verdad es que yo no tenía que decirle y nunca tuvimos problemas con eso”.

Barbara, 37 años, Acopilco

Algunas de las participantes expresaron que se sintieron solas y desamparadas, ya que no contaron con el respaldo, en sus proyectos familiares, personales, laborales, así como en el reparto de las tareas domésticas y de la crianza de sus hijos e hijas.

“No me apoyo porque él salía a trabajar y mis hijas y yo nos repartimos todas las actividades, pero no él a su trabajo y yo con mis hijas en casa trabajando, si me sentía sola y con mucha sobrecarga de trabajo por la casa”.

Adela, 39 años, Acopilco.

“Él se iba a trabajar y yo me encargaba principalmente de la niña, de la casa y mi trabajo. Tuve que dejar de trabajar porque no contaba con su apoyo y eso me perjudicó, me estreso más, ... porque era una niña de 3 años entonces se aburría de estar sola, quería visitar a su abuela, entonces fue lidiar con tristeza y estrés, lo que tal vez desencadenó mis niveles de ansiedad”.

Laura, 34 años, Acopilco.

En resumen, a pesar de haber contado o no con el apoyo de alguien, la mayoría de las mujeres al preguntarles su rol dentro de su familia argumentaron que son el pilar, el que mantiene unida a su familia, la que establece las normas, organiza las rutinas. Esto fue evidente al momento de cuestionarlas acerca de las tareas domésticas, del cuidado de los hijos e hijas y la división de estas, pues ellas organizan estas actividades —a pesar de contar o no con apoyo—. En otras palabras, estas respuestas tienen todo que ver con los roles de cuidado, crianza y

organización de tareas y actividades, pues estos son dados socialmente a las mujeres (Sánchez Jiménez, 2021).

Este papel social que se les da provoca que las mujeres dejen sus necesidades para poder atender la casa y a sus hijos (as). Por el mismo lado están quienes argumentan que su rol es únicamente el ser madre, esposa y trabajadora. Quizás esto se deba a que socialmente la mujer debe cumplir con sus principales roles como lo son ser madre y esposa.

La dinámica familiar tuvo cambios, debido a que muchas de ellas comentaron que antes de la pandemia cada uno tenía actividades independientes, así como su tiempo para hacer sus actividades diarias. Asimismo, algunas declararon que los fines de semana era un tiempo para pasar con sus padres y con la familia política. Pino Montoya et al. (2019) expresan que la dinámica familiar tiene elementos como la afectividad, comunicación, límites, normas, roles, valores, jerarquías y creencias con la finalidad de establecer la forma que interactúa y comporta cada miembro de la familia entre ellos o ellas.

“Antes entre semana cada uno a lo suyo, mis hijos terminaban sus clases y se ponían a jugar, o agarraban algún videojuego. La pandemia si fue un cambio porque ya no había esta situación de correr a clases y cosas así”.

Suri, 35 años, Santa Fe.

“Si tuve muchas controversias con mi esposo, porque la verdad es que cada uno estaba acostumbrado a tener su rutina y su espacio, con la pandemia y el estar todo el día juntos llegó un momento en que nos aburrimos buscábamos actividades para distraernos, tener nuestros espacios”.

Jireh, 37 años, Acopilco.

La mayoría de las mujeres entrevistadas comentaron que la pandemia permitió que como familia se unieran, mejorarán su comunicación, convivieran más como pareja y familia. Tal y como mencionan Abufhele y Jeanneret (2020, p. 321)

el estar confinados en la casa creó la oportunidad de reencontrarse, compartir las comidas, las tareas del hogar y jugar juntos. Aun así, es importante comentar que la monotonía a lo largo del tiempo y el estar siempre puertas adentro les provocó a todos los miembros de familia, descontento y malestar, en especial a las mujeres por la carga de trabajo, las actividades de la casa y el cuidado de los hijos e hijas les ocasionó un estado permanente de incomodidad.

“Con la pandemia fue bonito, pero al final fue muy monótono, todo el día era lo mismo y creo que eso me agotó mentalmente. Pero nos unimos, mis hijos se unieron más porque jugaban más”.

Suri, 35 años, Santa Fe.

“Nos unimos más, puesto que los primeros meses fue el tiempo que más disfrutamos de la pandemia porque no había horario, eran como vacaciones, pero después cada uno a sus cosas la escuela y el trabajo”.

Micaela, 34 años, Santa Fe.

“La pandemia nos unió porque pasábamos más tiempo juntos de calidad, empezamos a pasar más tiempo juntos, pláticas más, hacer más cosas como familia, más actividades al aire libre en el jardín y lo continuamos haciendo hasta este momento. Siento que la pandemia de verdad nos unió más como familia porque estuvimos más tiempo en casa, y convivimos más”.

Hannah, 30 años, Santa Fe.

“Como nos unimos más, fue un tiempo para platicar, conocernos como pareja y a nuestros hijos. Aprovechas el tiempo que antes no teníamos como familia, pero después fue complicado porque con el

tiempo todo se volvió monótono”.

Magali, 35 años, Acopilco.

“Nos unimos más como familia, aunque somos una familia que nos apoyamos mucho, así que en ese sentido no hubo un cambio tan marcado, lo que si mejoramos es la comunicación”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

Es evidente que todo tipo de relación durante el aislamiento en casa pasó por diferentes emociones, la mayoría de las mujeres entrevistadas mencionan que la pandemia les permitió convivir más con sus hijos e hijas. Como lo comentan Méndez Moreno y Robles Robles (2021) la pandemia permitió conocer y buscar opciones de ocio para fortalecer las relaciones familiares.

“En este tiempo me reconecte con mis hijos, cuando terminábamos nuestras actividades, ellos de la escuelita, yo del trabajo, nos desconectamos. Nos volvimos como muy de ver películas en Netflix. Otra cosa bonita de la pandemia fue que pude comer con mis hijos y ver pelis, cosa que antes no hacía”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

Sin embargo, hubo quien reportó que al tener a sus hijos e hijas en casa les fue complicado al momento de conciliar con su trabajo, en consecuencia, existió malestar emocional, pese a que ellas disfrutaron ese tiempo con sus hijos e hijas.

Un aspecto que las diferencia es que Ilse contrató a dos familiares para que le apoyaran durante el confinamiento, mientras que Micaela no quiso tener ayuda.

“Obviamente hubo ratos feos de que lloraban por todo y yo trabajando les decía silencio cállense o también me hacían las bromas cuando yo estaba así en videoconferencias, se asomaban me ponían cuernos, o sea, cosas chistosas pero que si me generaba

estrés. Sí tuvo como estos matices de momentos muy buenos momentos también irritables”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

“Fue estresante, porque lo más difícil de la pandemia fue el tiempo que reduje para poder estar un poco más calmada para mis hijas, pero al final si pasé de ser la mamá calmada y cariñosa a la mamá regañona y gritona por el mismo estrés del trabajo y la carga de las demás actividades”.

Micaela, 34 años, Santa Fe

Por otra parte, la pandemia incrementó en algunos casos los conflictos familiares, los cuales se intensificaron por los días, semanas y meses en aislamiento. Quizás por la falta de comunicación dentro de las familias o la incertidumbre y las emociones ante la situación. Al final de cuentas la pandemia generó un distanciamiento entre cada miembro de la familia, lo que provocó consecuencias que son perceptibles en este momento (López-Núñez et al., 2021).

Un ejemplo de esto fue la situación de Martha quien enfrentó una separación con el papá de sus hijos, además de vivir con muchos conflictos con su hija por su separación. Quizás dentro de estos conflictos el que más repercutió en el momento presente fue que se convirtió en mamá soltera y adolescente. Posiblemente la falta de comunicación de ambos padres, las emociones que existieron durante la pandemia o la separación de sus padres provocaron que ella iniciara su vida sexual sin protección.

Como se sabe la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad, los cuales con la pandemia exacerbaron como lo hace notar CEPAL (2020, p. 4); UNFPA (2020) al declarar que la pandemia y las restricciones tomadas para evitar el contagio quizás ocasionaron un incremento en el embarazo adolescente y un retroceso en los avances que se había logrado en los últimos años en cuanto a las brechas de los derechos sexuales y reproductivos, por la ausencia de atención a la salud sexual y reproductiva a causa de

- Las dificultades para el acceso a los servicios de salud reproductiva,

sexual y a los anticonceptivos.

- El confinamiento posiblemente expuso a las niñas y adolescentes en una posición de violencia sexual y abuso.
- Suspender programas de educación sexual

“Si tuvimos diferentes emociones pues había sus temporadas de felicidad, de enojo y aparte mi esposo y yo nos separamos y tanto fue así el caos que se perdió la confianza con mi hija y esto, pues se ve reflejado en que hoy por hoy soy abuela tan joven. Realmente hubo esa oportunidad de platicar, pero mi hija no quiso o no sé cómo pasó que se rompió la comunicación, si mi hija tuvo la oportunidad de a lo mejor preguntarme, teníamos más tiempo, convivimos más, pero no se acercó, no quiso platicar sus inquietudes y pues el resultado de ahorita es una bebé a sus 15 años”.

Martha , 37 años, Acopilco

En cuanto a la dinámica con la pareja, las mujeres entrevistadas argumentaron que durante la pandemia enfrentaron muchas circunstancias en su relación. La mayoría señaló que la pandemia y el *home office* les proporcionó tiempo para conocerse, estar más tiempo juntos y fortalecer la relación con sus cónyuges.

Empleando las palabras de Granjo (2020, p. 81) la pandemia tuvo sus ventajas para algunas parejas debido a que:

Salieron más reforzadas y encontraron tiempo de diálogo y modo de redescubrirse juntos creciendo individual y conjuntamente. Aprendieron a conciliar teletrabajo con tareas del hogar, infraestructura doméstica, niños y demás. Adquirieron y mejoraron la fórmula de llegar a consensos, pactos y acuerdos que hagan que, en adelante, la relación sea más fructífera. Aprovecharon esta gran cantidad de horas/tiempo para encontrar lo positivo (dentro de

la indeseable situación) y se enfocaron en las soluciones para salir adelante sumando los dos juntos en la misma dirección.

Con lo anteriormente mencionado se asume que a pesar de que algunas relaciones tuvieron dificultades o conflictos, supieron afrontarlos con madurez y respeto, buscando el bienestar común y el crecimiento personal. En otras palabras, se convirtieron en un equipo más sólido y armonioso que supo afrontar las dificultades con optimismo y resiliencia.

“Yo siento que hubo más acercamiento, porque mi esposo antes de la pandemia salía mucho a tomar, se iba con los amigos o trabajar y no lo veía hasta la noche. En ocasiones se iba todo el fin de semana y regresaba el lunes, así que si un poquito más de acercamiento, nos unimos. Sí fue diferente porque mi pareja cambió mucho”.

Mia, 35 años, Santa Fe.

“Pues yo creo que la pandemia nos permitió mantenernos unidos, el crear un bonito ambiente en la casa para todos y apoyar en lo que pueda a mi esposo, conocernos, aunque si nos conocíamos, pero el estar 24 horas juntos si te das cuenta de que a veces dices apoco le gustaba esto y si conocernos más. Pues yo siento que mejoró como te digo todo este tiempo pues nos conocimos un poco más y platicamos más y tenemos la ventaja que nuestro hijo está pequeño así que nos da tiempo como de platicar un poco más entre nosotros”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“El estar juntos las 24 horas nos unió más como que tuvimos más tiempo para conocernos, porque, aunque estamos casados desde

hace tiempo nunca dejás de conocer a las personas realmente”.

Magali, años, Acopilco

Algunas de las participantes dijeron que antes de que empezara la pandemia, solían hacer actividades en pareja al menos una vez por semana, como ir al cine, salir con amigos a un bar o pasear. Estas actividades se vieron interrumpidas por las medidas de distanciamiento social y confinamiento. Además, el agotamiento por la sobrecarga de trabajo debido al cuidado de los hijos e hijas sin pausas y la falta de separación entre el espacio personal y laboral también afectaron su relación.

“Antes de la pandemia solíamos salir con amigos a tomar unas cervezas creo que lo que me afectó más fue que con la pandemia no pudimos hacer esas actividades”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

“Antes de la pandemia salíamos con amigos al cine o algún bar, pero con la pandemia aprendimos a hacer actividades los dos solos sin estar con amigos, tomábamos vino y platicamos después de dormir al niño”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“Fue como una oportunidad de acercarnos, de unirnos, de salir del bullicio de la rutina y convivir un poco más, hacer más actividades en pareja, solo los dos en casa, cosas que tal vez hacíamos saliendo de la casa o con nuestro grupo de amigos”.

Hannah, 30 años, Santa Fe.

Del mismo modo que hay parejas que la pandemia les sirvió para conocerse más, por el contrario, existieron relaciones en que la pandemia les ocasionó que se

dieran cuenta que ya no eran compatibles tanto de manera personal, profesional y entre otros. Tal como Granjo (2020, p. 82) afirmó que la pandemia fue un momento en el cual algunas parejas:

Afloraron sus diferencias de objetivos personalidades, caracteres individuales y en conjunto de ambos miembros de la pareja y descubrieran que poco o nada tienen en común cuando han sido despojados de todo elemento enmascarador de la unión (amigos, ocio, trabajo, etc.) que les ocupaba mucho tiempo y que les impedía la posibilidad de verse frente a frente el uno al otro para constatar su propia y concreta realidad.

“Mi pareja y yo nos separamos, hubo temas que terminaron con nuestra relación, principalmente creo que nos conocimos más y vimos que no éramos compatibles. Ante los momentos de frustración vimos que no éramos tan tolerantes y eso también desgastó la relación. Entonces eso fue un poquito el tema de la pandemia, empezamos a conocer más los caracteres, ya en temas de irritabilidad y de mucha presión y pues sí, decidimos darnos un tiempo, porque no teníamos objetivos en común un claro ejemplo que vivimos fue que yo quería arreglar la casa y él quería comprar un carro nuevo. Pues sí ya teníamos diferentes objetivos y fines, y se hizo notable en la convivencia durante este tiempo nos llevó a tomar esa decisión”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

Algunas mujeres tuvieron que aprovechar el tiempo de confinamiento para dialogar con sus parejas y revisar sus objetivos o planes compartidos, con el fin de fortalecer su relación y proyectarse hacia un futuro en común.

“Pues creo que fue un momento para reflexionar sobre nuestro futuro, que queríamos hacer en un futuro porque pues nos dimos

cuenta de que la vida se pasa rápido, pues que nadie tiene la vida comprada y que mucha gente si perdieron familia, trabajo y eso te hace reflexionar sobre lo que estás haciendo y lo que quieres para el futuro. Siento que como pareja la pandemia nos permitió reformular los nuevos proyectos personales, en pareja y en familiar”.

Jireh, 37 años, Acopilco

Al mismo tiempo hubo situaciones en las que la pandemia les ocasionó fricciones, infidelidades e inclusive separaciones. Si antes de la pandemia la relación con su pareja era desconocida o sin convivencia, la pandemia creó una mayor distancia, lo que finalmente provocó que terminara en una separación o divorcio.

“Pues si antes no convivimos, con la pandemia nos dejamos de frecuentar e interactuar más por lo que mucho menos había comunicación entre nosotros, además que no tuve apoyo de su parte, por lo que nos separamos”.

Laura , 34 años, Acopilco

Ilse explicó que la decisión de separarse se debió en gran parte a la insatisfacción que sentía por la falta de colaboración de su pareja en las labores domésticas. Esta situación le generó una carga de trabajo excesiva que afectó su bienestar y su relación. Ilse consideró que su pareja no valoraba su esfuerzo ni respetaba su tiempo.

“La carga de trabajo también fue otro tema de nuestra separación. Prácticamente como él trabajaba en el restaurante durante la pandemia él se iba todo el día todos los días, llegaba muy tarde y se iba muy temprano todos los días incluso algunos meses se fue los sábados y domingos, honestamente sentí que se me cargó muchísimo la mano el tema del trabajo en general y yo creo que ahí empezó un poco el tema de la incompatibilidad. La verdad es que no me ayudaba con las cosas de la casa, creo que la cultura mexicana

los niños los forman para que sean como los proveedores y como son proveedores no atienden cosas del hogar, entonces sí creo que él traía esa cultura de que él se va a trabajar y como ya ha trabajado, pues ya no interviene en labores de la casa y como teníamos a una persona que nos ayudaba con la limpieza y mi hermana y sobrino con los niños, pues decía ya habían hecho todo”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

Como es bien sabido la infidelidad es una de las causas más frecuentes de ruptura en las parejas. Algunas mujeres se enfrentaron a la dolorosa realidad de que su pareja les había engañado con otra persona e incluso habían formado una segunda familia. Este fue el caso de Martha y Adela, dos mujeres de Acopilco que descubrieron la doble vida de sus esposos y tuvieron que tomar una difícil decisión sobre su futuro.

Fan et al. (2021) mencionan que la pandemia provocó un distanciamiento entre los cónyuges, pues posiblemente el estar con los hijos e hijas las 24 horas, el convivir bajo el mismo techo y el aumento de pleitos o conflictos, lo que provocó un distanciamiento emocional lo que quizás redujo la intimidad sexual.

“Hubo focos rojos en la relación en los últimos 4 años, pero al principio estábamos bien y después ya empezaron a cambiar otra vez muchas cosas empezaron los gritos, no interactuábamos en ningún ámbito y sucedieron situaciones que no eran saludables para mis hijos. Evidentemente conforme al paso del tiempo creo que a los seis meses de que inició la pandemia me di cuenta de que sí efectivamente él tenía una relación y una hija con otra persona desde antes de la pandemia y se seguían frecuentando porque él trabajaba algunos días como Home office y otros en oficina, entonces supongo que esos días la iba a ver, realmente no lo sé y nos separamos y ahorita me estoy divorciando ya legalmente”.

Martha, 37 años, Acopilco

Adela, a diferencia de Martha, optó por mantener su matrimonio a pesar de las dificultades. Martha, en cambio, se divorció tras varios años de desencuentros y conflictos con su pareja. Ambas tomaron decisiones distintas ante situaciones similares, pero ninguna se arrepintió de su elección.

“Pues como él salía a trabajar, pues fue como estar en la normalidad, únicamente si note algo e investigué y resultó que mi pareja tenía una familia aparte de la nuestra, hablamos y tomamos como decisión seguir juntos y hacer como si nada hubiera pasado”.

Adela, 39 años, Acopilco

En resumen, podría decirse que la pandemia modificó y creó cambios tanto positivos y negativos en la dinámica familiar y en las relaciones de pareja. Por un lado, hay ciertos casos donde se rompió la confianza y decidieron separarse. Por otro lado, en algunas situaciones las parejas, hijos e hijas, la pandemia les permitió unirse, conectarse y mejorar sus relaciones a pesar de los conflictos comunes que suceden en todo tipo de relaciones.

“Para mí y mi pareja al inicio fue complicado, porque antes cada uno salía con sus amigos y nos ayudaba a darnos nuestros espacios y el no hacerlo al inicio generó conflictos, pero acudimos a terapeuta de pareja y ya pudimos quitar inconformidades en nuestra relación y mejorar desde ese punto”.

Suri, 35 años, Santa Fe.

Se puede concluir que los roles de género crean esta dinámica familiar en que las mujeres son las encargadas de todas las tareas de cuidado y hogar, a pesar de que el hombre está en la casa junto con ellas¹²⁵. Es evidente que la carga influyó

¹²⁵ Además, hay que aclarar que los casos de cada familia y mujer debe de ser considerada desde su entorno familiar y social, pues cada mujer y la realidad que viven es única —interseccionalidad—. Sin embargo, es posible que los argumentos sean un preámbulo de lo que el contexto de cada una y la pandemia pudo haber provocado.

en la salud mental de las mujeres ya sea por la llamada carga mental¹²⁶, la sobrecarga de trabajo que la sociedad les impuso (La Opinión de Málaga, 2021).

Esto coloca en la mesa que, aunque se ha luchado por esta igualdad en la esfera pública evidentemente aún falta mucho por avanzar en la esfera privada. Asimismo, podemos analizar que las políticas públicas de trabajo y empleo no han creado un cambio ante la sobrecarga y la carga mental que la mujer enfrenta y enfrentó durante la pandemia.

Al comparar el contexto de las mujeres de Santa Fe —quienes tienen privilegios económicos y sociales—, con las mujeres de San Lorenzo Acopilco —quienes sus privilegios sociales y económicos son limitados—, se concluye que la ventaja de tener una trabajadora del hogar durante la pandemia que les apoyó con los quehaceres del hogar y el cuidado de los hijos e hijas, para poder conciliar ambas esferas y evitar un poco o en su totalidad la sobrecarga de trabajo fue un aspecto principal de las mujeres de Santa Fe, puesto que las mujeres de Acopilco no pudieron contratar apoyo y algunas tampoco contaron con una red de apoyo como familiares para el cuidado de hijos e hijas debido al miedo que se contagiarán.

Anexo 5.2.3. Repercusión de la salud mental a causa del *home office*, la conciliación del trabajo y los roles asignados al género

Con respecto a la salud mental, esta tomó el papel protagónico durante la pandemia, debido a la carga de trabajo (segunda y tercera jornada), la relación con su pareja, situaciones extremas como las drogas, la economía, por no haber un crecimiento laboral y el aislamiento social.

La salud mental de las mujeres en la pandemia se vio perjudicada por tener que cuadrar los tiempos para realizar todas las actividades en el transcurso del día. Esta situación fue indistinta en cualquier contexto. Borrescio-Higa y Valenzuela (2021) sostienen que unos de los aspectos que influye en el uso del tiempo de las mujeres es el aumento en el tiempo dedicado a tareas domésticas y de cuidado, asociadas a las cuarentenas y al cierre de escuelas, dichas actividades

¹²⁶ La carga mental es el síndrome de las mujeres que viven abrumadas por el cúmulo de responsabilidades de su vida cotidiana. Porque, mal que nos pese, la lucha por la igualdad en el ámbito profesional no ha sido pareja a un reparto equilibrado de las tareas del hogar. El resultado: mujeres que viven con el doble peso de su vida laboral y familiar (Villar y Moreno, 2019, p. 5).

lamentablemente por la construcción social al género recaen en mayor proporción en las mujeres.

“Como siempre he trabajado ese no fue el problema, sino fue el tener todo en un mismo espacio si me estrese, ya que sinceramente no podía cargar con todo y trabajar, por lo que al final no me organice y tuve que tomar la decisión de renunciar, ya que el tiempo que invertía en las actividades me sobrepasaba”.

Laura, 34 años, Santa Fe.

“Durante la pandemia no tuve tiempo para mí ya que la demanda de trabajo fue mucho, el tiempo en familia ya que todos estábamos en casa y me la pasé al pendiente de mis papas”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

“Al principio fue frustrante porque no me cuadraba los tiempos , mis horarios no se cumplían, me pasaba de los horarios de una actividad y obviamente la otra y no podía hacerla o terminarla. Fue difícil al principio como los 3 primeros meses de adaptación fueron un caos y si hubo bastante frustración y ansiedad. No me daba tiempo para mí, ya que quise abarcar todo yo, no había manera de dedicarme tiempo porque tenía que hacer las cosas. Ahorita es cuando me estoy dando tiempo de relajarme y de hacer actividades que me dan paz, pero en su momento no había manera”.

Marina, 36 años, Santa Fe.

“Mira yo soy una persona que no me gusta tener mi espacio sucio entonces fue agotador la cuestión de los tiempos, ya que estaba trabajando o entrevistando a alguien y de repente qué hay que ir a tender la ropa o hay que limpiar el suelo porque está todo sucio o

cosas así que tal vez para otras personas son insignificantes, pero para mí era muy estresante, sinceramente no me rendía el tiempo ni la vida para hacer todas las cosas que tenía que hacer durante la pandemia fue muy complicado”.

Abigail, 32 años, Acopilco.

“Tuve que aprender a organizarse debido a que antes llevaba a mi hija al colegio, iba a mi oficina y acomodaba lo que debía y ya la recogía. Al llegar la pandemia lo único que tuve que hacer fue organizarme con la escuela de mi hija, pero una vez ya agarrado el ritmo no hubo ningún problema”.

Hannah, 30 años, Santa Fe.

Por otra parte, la carga por el cuidado de personas mayores afectó la salud mental de las mujeres y aumentó la carga de trabajo, aunque Marina solo es un caso representativo de un tema que, aunque no sea de esta investigación es importante mencionar, dado a que las mujeres por su rol como cuidadoras, fueron expuestas a cuidar de alguien mayor o alguna persona enferma.

“El tema fue el estrés por organizar mis tiempos. Porque el tener a mi hijo en casa, las tareas domésticas que la comida y luego mi suegra que ya es una persona que, aunque se mueve pues hay que estarla viendo que no se vaya a caer fue estresante”.

Marina, 36 años, Santa Fe.

En definitiva la pandemia evidenció la desigualdad del uso del tiempo, debido a que muchas tuvieron que dejarse a ellas mismas de lado para atender sus hogares —actividades de limpieza, comida o compras de despensa—, actividades de enseñanza con los hijos e hijas —debido al cierre de escuela algunas tuvieron que invertir horas en las tareas escolares— y su carga de trabajo —además de todas las actividades de desinfección de los productos que se traen de fuera y el

cuidado de las personas que están infectadas y en cuarentena— (Ferreyra Beltrán, 2021).

Al analizar la relación entre las escalas y las entrevistas de las mujeres de ambas colonias, se observa que los valores superiores a 15 en la escala PHQ-9 y en la escala GAD-7 corresponden a una "depresión moderada severa" y una "ansiedad severa", respectivamente.

En la escala PHQ-9, tres mujeres de San Lorenzo Acopilco presentaron un puntaje mayor a 15, en comparación con las de Santa Fe quienes solo dos presentaron un puntaje mayor a este. Por otro lado, en la escala de GAD-7, dos mujeres de Santa Fe obtuvieron un puntaje mayor a 15, igualmente dos mujeres en San Lorenzo Acopilco obtuvieron un puntaje mayor a 15. Esto significa que la depresión se mantuvo más alta en Acopilco que en Santa Fe y que las mujeres de ambos lugares experimentaron niveles similares de ansiedad. En otras palabras, las mujeres de Acopilco tuvieron más dificultades con la depresión que las de Santa Fe.

Las mujeres de San Lorenzo Acopilco que participaron en el estudio expresaron que se sentían agobiadas por el exceso de trabajo, tanto en el ámbito laboral como en el hogar, la situación económica. Además, la presencia de los suegros y el temor a la pandemia les generaban estrés y angustia. Estos son algunos de los relatos que muestran los altos índices de depresión y ansiedad que se detectaron con las escalas aplicadas.

“Durante la pandemia yo tuve que encargarme de todo, casa, mi hija y mi trabajo. Mi esposo se iba a trabajar y no me apoyaba en nada”

Laura, 34 años, Acopilco.

“Las jornadas fueron más pesadas durante la pandemia de 8 horas a 12 o más sin tiempo para comer. Además del cuidado de mi bebé y cosas que tenía que hacer en casa”

Jireh, 37 años, Acopilco

“Tenía mucho estrés por la carga del trabajo, además se complicaba mucho la convivencia diaria con mis suegros, realmente no conté con una red de apoyo” .

Abigail, 32 años, Acopilco

En relación con lo anterior, el análisis de las escalas y las entrevistas de las mujeres de Santa Fe revelaron que sus principales retos para su salud mental fueron circunstancias como el ser madre primeriza, el adoptar medidas para evitar contagios, el atender a un familiar y el distribuir sus tiempos para realizar todas las actividades sociales y alcanzar sus objetivos personales. Estas son algunas de las historias que revelan los elevados niveles de depresión y ansiedad que se encontraron con las escalas utilizadas.

“Estrés, ansiedad, agobio fue mucho porque si me sentía muy estresada todos los días... Era mamá primeriza y el estar cuidándonos por él bebé fue estresante, además la jornada de trabajo aumento” .

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“El tema fue el estrés por organizar mis tiempos. Porque el tener a mi hijo en casa, las tareas domésticas que la comida y luego mi suegra que ya es una persona que, aunque se mueve pues hay que estarla viendo que no se vaya a caer fue estresante” .

Marina, 36 años, Santa Fe.

En conclusión, la pandemia afectó la organización del tiempo y las expectativas de las mujeres en distintas situaciones sociales y personales. Es evidente que el contexto influyó en las decisiones que tuvieron que tomar las mujeres de ambas colonias en cuanto a sus metas profesionales; por un lado, las de Santa Fe tuvieron que retrasar o reinventar sus proyectos de vida por la emergencia sanitaria. En cambio, las de Acopilco redujeron horas, renunciaron o

abandonaron sus trabajos para respaldar la profesión de sus parejas, dedicarle tiempo al trabajo de la casa y cuidado de hijos e hijas.

“Ocupe mayor tiempo para mis hijos, lo que no me permitió en mi algún crecimiento o aspirar a algo más en ese tiempo para no cargarme más la mano y para apoyar a mi esposo a que él pudiera crecer... Cuando los 4 nos contagiarnos de COVID, ellos se la pasaron acostados y yo a pesar de que me sentía mal tenía que limpiar, hacer comida y desinfectar”

Magali, 35 años, Acopilco

Desde mi perspectiva con estas aclaraciones deduzco que el tener toda la carga de trabajo en casa y oficina, propicio a que las mujeres en ocasiones se dejaban de lado a ellas mismas o sus metas profesionales. La vida de cada mujer demuestra las singularidades de sus realidades sin importar la colonia y el número de hijos e hijas ya que las que comentaron estas inquietudes tienen entre 1 o 2 hijos o hijas. En consecuencia, al final el organizarse, el dividirse para rendir el día y hacer todas las actividades, les creó una carga mental, que generó ansiedad, estrés, frustración, entre otros problemas emocionales y de salud mental.

También existió un temor y preocupación ante el contagio, contagiarse a alguien o fallecer. Con base en la investigación llevada a cabo en China por Wang et al. (2020) encontraron que la mayoría de las preocupaciones de la población fue que uno de sus familiares se contagiara de SARS-CoV-2.

“Me dio COVID y la pase muy mal. y muy preocupada, porque pensé que mi vida corría riesgo. Estuve casi dos semanas sintiendo que me moría, fue muy difícil y afortunadamente mi hijo no se enfermó de COVID, ni mi esposo, pero si hubo temor por contagiarnos, que más familiares se contagiarán. Cuando fui al hospital me asusté porque las medidas que estaban para recibir a personas con COVID, el personal usaba unos trajes espaciales y daba miedo porque uno pensaba que estaba en etapa terminal, además te sientes débil y ellos con esos cacos, se ponían unos cubrebocas y un traje especial que

daba miedo, la verdad, si te afectaba mentalmente”.

Jireh, 37 años, Acopilco.

“Yo vivo cerca de mis papas o sea en ese sentido sí me daba ansiedad y mucho pendiente contagiarlos a ellos, entonces yo hacía todo, si había que comprar algo yo salía, era la únicamente que salía, yo o mi hermano o a veces mi marido, si fue muy estresante. los primeros meses fue como que mis papas no salieran para nada para que no se contagiaran”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

“En el corporativo nos hicieron una prueba del COVID y de 50 personas fui la única que salió positivo la forma de cómo te notifican y cómo te hacen sentir ante el corporativo es algo abrumador, porque no sabías si al siguiente día ibas a despertar y dejar a mis dos hijos solos fue estresante”.

Martha, 37 años, Acopilco.

“Con la pandemia el estrés y la preocupación aumentó de cuidar tu familia para que no se enfermen y además de estar al pendiente de otras familias como la familia de mi esposo de mi familia de que todos estén bien. Tenía ansiedad por que mi esposo se enfermó de COVID, y me preguntaba de qué pasa si él fallece como sería toda mi vida y cómo cambiaría nuestra dinámica y si yo me enfermo como le hacíamos con el niño y más cuidar al bebe que no se enferme de COVID”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“Mucho estrés, angustia y miedo por contagiarse, yo sentía que

cualquier cosa ya tenía COVID, como que me afectó mucho psicológicamente el escuchar a alguien tose más que escribían en los grupos de WhatsApp o en las noticias ya se contagió y analizar si lo viste en algún momento de la semana”.

Mía, 35 años, Santa Fe.

“Cómo falleció mi abuelito por COVID, uno nunca cree que le pasara en su familia y cuando esto sucedió, a partir de aquí me preocupé de que alguien se enfermara y falleciera”.

Hannah, 30 años, Santa Fe.

Carol, 30 años, Acopilco.

Por otro lado, hubo circunstancias en que el hombre fue quien no aportó económicamente a la familia, ya sea porque fue despedido, no podían desempeñar su trabajo o tenían un trabajo como freelance, en este último se vio disminuido los proyectos o el trabajo debido a la pandemia y que por consecuencia la mujer fue el único sostén económico para la familia durante ese periodo.

Un ejemplo de la desigualdad de género que se vivió en algunas comunidades y contextos fueron los casos de Barbara y Carol, dos mujeres de Acopilco que se encargaron de mantener a sus familias económicamente. Sin embargo, esto no les eximio de cumplir con las labores domésticas y de cuidado de los hijos e hijas, que siguen siendo consideradas como obligaciones femeninas. A pesar de su esfuerzo y sacrificio, estas mujeres no recibieron el apoyo ni el reconocimiento de sus parejas, que se mantuvieron al margen de las responsabilidades del hogar. Esta situación refleja cómo la cultura y el contexto siguen reproduciendo roles de género que limitan la autonomía y la libertad de las mujeres.

“Económicamente como le digo mi marido no percibía, él es comerciante, así que casi sobrevivíamos con mi sueldo, en lo personal si estaba muy estresada con la situación. La situación fue problemática y estresante porque yo tuve que dividirme entre los

quehaceres de la casa, el atender a mi niño, el trabajo y la escuela del niño”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

“Fue complicado porque me dejaron de pagar así que no tenía mucho sustento económico y esto creó mayores problemas en mi familia, en mi pareja y emocionales, ya que era el único sostén...Mi esposo era drogadicto así que todo el trabajo lo realizaba yo, además no confiaba en él para dejarle a mi hijo”.

En cambio, para Macarena (de Santa Fe) la crisis sanitaria y económica le facilitó organizar sus roles de género sociales, ya que su marido se ocupaba de su hijo y la mujer que trabajaba con ella la ayudaba con el hogar. Esto le dio más tiempo para dedicarse a su trabajo.

“Al inicio mi esposo dejó de tener pacientes porque es dentista y mucha gente dejó de lado eso y también tenía miedo, así que no teníamos tantos recursos económicos. Tuvimos que hacer unos recortes de gastos, pero después todo bien, lo bueno que teníamos ahorros y yo aporté dinero así que no hay mucho problema.... Mi esposo se encargó del niño y una señora que nos ayudó en todo lo de la casa pues no tuve mucha carga de trabajo”.

Macarena, 30 años, Santa Fe.

La economía familiar tuvo repercusión en la salud mental, así como el contexto social y familiar lo que pudo haber provocado mayor carga de trabajo que al final se traduce como repercusiones en la salud mental. Dicho en las palabras de Nicolini (2020, p. 544):

Los efectos globales en la economía secundarios a la pandemia son incalculables. La inestabilidad del empleo, la reducción del

ingreso en las familias y el aumento de las deudas son sin duda quejas crecientes que afectó la salud mental de la población, más aún cuando hay pérdidas en el ingreso familiar esto afectó emocionalmente a muchas mujeres y familias.

Es evidente que la COVID-19 ocasionó problemas económicos para las mujeres y sus familias, muchas perdieron su empleo, a otras les redujeron su sueldo y a algunas las horas laborales se vieron reducidas. Esta pérdida de empleo no solo implica pérdida monetaria, sino también una reducción en el acceso a la salud, alimentos, entre otros, por ende, estas pérdidas provocaron ansiedad extra a las mujeres.

“Me la pasaba muy estresada con la situación económica, también que no nos contagiarnos por qué con qué lo íbamos a pagar en ese momento”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

Los trastornos de salud mental afectaron a las mujeres de diferentes clases sociales por igual, según las entrevistas realizadas en estas dos colonias. Algunos de los problemas más comunes que reportaron fueron ansiedad, estrés y depresión, como se muestra en los siguientes testimonios.

“Tenía mucho estrés más que nada, debido a la carga del trabajo, el vivir con mis suegros y estar encerrados fue una situación complicada, la cuestión económica creo que fue lo que afectó mi salud mental”.

Abigail, 32 años, Acopilco.

“Siento que tuve depresión, no sé si porque me divorcie y pues, aunque fue por mi bienestar porque él se drogaba, si afectó mi

autoestima y mi salud mental”.

Carol, 30 años, Acopilco.

“Tuve estrés creo que hubo unos días que sentí ansiedad, pero poquito, tuve tiempo de insomnio y tendía a morder mucho lo que tuviera en la mano, entonces si detecta ansiedad y el estrés... cargaba con mi hijo, con la situación económica que mi esposo no podía trabajar, y además de la casa creo que si detonó eso en mí”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

“Creo que estrés, ansiedad... mi esposo me ayudaba con la comida, yo hacía todo lo demás, también el estar encerrada, el pensar en el futuro y mis hijos, el no poder convivir como antes”.

Magali, 35 años, Acopilco.

“Si tenía mucha ansiedad... nunca conté con el apoyo de mi esposo y si de por sí estábamos distanciados con la pandemia terminó en separación y eso, aunque fue la mejor decisión me afectó”.

Laura, 34 años, Acopilco.

“Me sentí frustrada, ya que mis metas de ese año se vieron truncadas, muchas metas como el hacer crecer mi negocio en ese momento me generó estrés, aunque tenía proyectos no aumentaron como yo hubiera querido”.

Sabrina, 31 años, Santa Fe.

“Tuve estrés, ansiedad y creo que un poco de depresión... A pesar

de contar con el apoyo de mi suegra, pero yo me decía que podía sola con toda la carga de la casa, mi hijo y estudiar una segunda carrera con todas las actividades fue pesado”.

Marina, 36 años, Santa Fe.

“Estrés, ansiedad, agobio fue mucho porque si me sentía muy estresada todos los días... Era mamá primeriza y el estar en una situación así fue difícil y la economía de los primeros meses”.

Macarena, 34 años, Santa Fe.

“Me enojaba con mayor facilidad, me ponía irritable, de repente no me quería ni parar, más los fines de semana pensaba que para que me paro si no iba a ir a ningún lado... Contraté a mi hermana y mi sobrino para que cuidaran de la casa y mis hijos... me pesó mucho lo social porque yo era alguien que salía cada fin de semana a la fiesta, a la comida con los amigos, al centro comercial, fue difícil”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

La experiencia de Laura es un ejemplo de cómo la pandemia afectó la salud mental de muchas mujeres que tuvieron que lidiar con múltiples desafíos en su vida personal y laboral. Su testimonio muestra cómo la ansiedad se pudo haber generado por el estrés de mantener una relación, un sueldo, una carga de trabajo y una hija pequeña. Creo que este es un tema importante que merece ser analizado y visibilizado.

“En cuanto a lo económico por más que se intentará, la economía no era igual, me cambiaron el sueldo y me lo redujeron, entonces sí fue difícil.... Tener una hija chiquita, la casa y el trabajo fue mucho estrés, más porque mi niña era chiquita y se desesperaba mucho por estar encerrada.... Tuve que tomar la decisión al final de ese año de

renunciar y dedicarme únicamente a mi hija”.

Laura, 34 años, Acopilco.

Esto es relevante porque muestra cómo la crisis sanitaria afectó no solo la salud física sino también la mental de muchas personas, especialmente las mujeres que tuvieron que asumir múltiples roles y responsabilidades en el hogar y el trabajo. Además, esta experiencia puede servir para generar conciencia y empatía sobre las dificultades que enfrentan las mujeres en la sociedad actual, y para buscar soluciones y políticas que mejoren su calidad de vida y bienestar.

Asimismo, un aspecto importante y que a final de cuentas afectó a las mujeres, junto con la carga de trabajo, fue la situación económica y laboral, pues esta estuvo llena de precariedad e inestabilidad durante la pandemia que al final repercutió en su salud mental, puesto que en algunos casos el sueldo no alcanzaba para vivir o sobrevivir a esta situación.

Es notable que las mujeres tuvieron que cargar con la mayoría de las actividades de la casa, el trabajo y los hijos e hijas, lo que les generó algún nivel de ansiedad o depresión. Además, no todas las mujeres tuvieron una red de apoyo ya fuera familia o alguien contratado y en algunos casos no contaron con apoyo de sus parejas. Lo mencionado anteriormente es el contexto de lo que muchas madres trabajadoras vivieron en la pandemia y les provocó problemas de salud mental.

Dichos argumentos ejemplifican las distintas situaciones que las mujeres enfrentaron, por un lado, están quienes tenían a una persona que les ayudaba en algunas actividades del espacio privado (contratada o no), ellas de igual manera sentían emociones como estrés o frustración. Por otro lado, están quienes la pandemia les perjudicó en el ámbito laboral, económico, familiar o de pareja.

“Pues es un evento desafortunado, porque implica emocionalmente frustración, no al ya no tener contacto. En la economía y el trabajo fue un tema porque el llegar a los clientes por medio de una llamada era muy complicado así que mi sueldo si cambio mucho. En lo familiar si hubo muchas complicaciones más que nada conmigo y mi pareja porque nos separamos y todo recayó en mí, sinceramente me quedé

sin apoyo”.

Martha, 37 años, Acopilco.

“Fue una experiencia estresante, agobiante, asfixiante pues, aunque tengo ayuda en casa, tengo a una persona que se encarga del trabajo de casa, la situación no era muy prometedora para mí como profesional. Si fue mucho estrés, debido a que muchas cosas que tenía dentro de mis metas no las pude realizar, debido a que no podía moverme o salir ya fuera por la cuarentena, por mi hija y debido a que muchos de los trabajos quedaron en stand by por la pandemia”.

Sabrina, 31 años, Santa Fe.

Un grupo de mujeres que experimentaron la pandemia junto con sus familiares políticos reportaron niveles más altos de estrés, ansiedad y frustración que otras mujeres. Estas mujeres se enfrentaron a desafíos adicionales para equilibrar las demandas de su trabajo, su hogar y su relación con sus suegros.

“Fue una situación completamente distinta en el simple hecho de que antes me podía despejar como te digo en la oficina platicaba con amigas, tenía un rato de libertad de los niños y ya llegando a la casa hacia los pendientes, actividades con los niños, no sé, aunque fuera poquito si tenías esos momentos de despeje. En la pandemia no fue así, era trabajar en casa, imagínate éramos nosotros 4 más mis suegros si era muy estresante y difícil la situación, aparte de cargar con todo el trabajo más la casa más los niños sin tener tiempo para mí”.

Abigail, 32 años, Acopilco.

La mayor parte de las mujeres percibieron incertidumbre, frustración, tristeza y miedo al futuro, además de mucho trabajo físico y mental. Díaz Barrera et al. (2023) mencionan que:

La pandemia afectó de manera desproporcionada a las mujeres, que tuvieron que asumir más responsabilidades domésticas y familiares. Ya fueran estudiantes, amas de casa o trabajadoras con opción de teletrabajo, todas se vieron sometidas a una mayor presión y estrés. La convivencia familiar se intensificó durante los periodos más críticos de la crisis sanitaria, lo que implicó una mayor demanda y supervisión de las tareas del hogar por parte de las mujeres.

De la misma manera De Boise y Hearn (2017) añaden que este impacto posiblemente se deba a los roles de género, los cuales asocian al género femenino con las expresiones emocionales, afectivo y cuidado, en tanto que el género masculino se le impide esta expresión emocional-afectiva. Asimismo Davis (2018, p. 222) Añade que:

Las actitudes sociales más generalizadas continúan ligando la eterna condición femenina a las imágenes de la escoba y el recogedor, del cubo y la fregona, del delantal y la cocina y de la olla y la sartén. Es cierto que el trabajo de las mujeres, a través de diferentes etapas históricas, ha estado ligado generalmente a la casa y a sus terrenos aledaños. Pero el trabajo doméstico femenino no siempre ha sido lo que es hoy, ya que como todo fenómeno social es un producto mutable de la historia. Al igual que los sistemas económicos emergen y se desintegran, el alcance y los rasgos del trabajo doméstico han experimentado transformaciones radicales.

Por otro lado, la pandemia permitió junto con la carga emocional que existieran momentos de reflexión acerca de las circunstancias que cada mujer enfrentó con sus hijos o hijas, su pareja, su familia, su trabajo-economía y metas personales. Estos casos vivieron circunstancias difíciles en cuanto a salud física, mental y de relaciones, sin tomar en cuenta el área en el que viven, creo, que la pandemia sirvió para poner un punto para inspeccionar sus vidas, acciones, circunstancias con el fin de iniciar de nuevo en algunos casos.

“En lo personal fue un momento de introspección porque te digo empiezan a pasar todas estas situaciones derivadas del estrés y empiezo en lugar de tratar de comprender la situación de las niñas, mi situación como mamá, como mujer que tiene metas y proyectos y como todo esto me estaba afectando por querer cumplir, Pues empecé a recriminarme, porque le grité a mis hijas, todo el tiempo como recriminarme muchas cosas, como porque hoy no limpie la casa, no avance con este cliente”.

Micaela, 34 años, Santa Fe.

“La pandemia y lo sucedido en mi relación me permitió hacer un poco de meditación y ponerme algunos audiolibros para poder reafirmar algunas cosas como mi autoestima, conocerme más, mis metas, entre otras cosas”.

Martha, 37 años, Acopilco.

Urbina García (2021) plantea que los niños y niñas, así como los adultos requerimos de relaciones sociales para lograr un desarrollo emocional. Durante el aislamiento social investigaciones como (Biordi y Nicholson, 2013; Brooks et al., 2020b; Hawkley et al., 2010) demostraron que el confinamiento le provocó a los niños y niñas sentimientos de inseguridad, aburrimiento, tristeza, frustración o enojo.

Indiferentemente de la realidad de cada mujer en estas colonias, ellas sin duda, se preocuparon por el bienestar de sus hijos e hijas durante el confinamiento y por el tiempo que pasaban frente a las pantallas en el *homeschool*, —a pesar de que este no sea el tema central de la investigación es un aspecto importante que señalar—, pues estas preocupaciones más toda la carga mental de la pandemia, incidieron en su bienestar mental y emocional de las madres, como se observa en las siguientes afirmaciones.

“Fue estresante, porque lo más difícil de la pandemia fue que las escuelas no tomaron en consideración el bienestar psicoemocional de los niños, mi hija tenía 6 meses de iniciar preescolar en presencial cuando sucedió la pandemia. El estar 8 horas a su edad frente a pantallas le ocasionó más mal que bien y hubo un momento que nos llegamos a plantear con mi esposo sacar las niñas de la escuela porque no veíamos nada bueno y eso que ellas van a escuelas privadas no me quiero imaginar el retraso de las escuelas públicas con estar cada rato viendo la televisión hasta que apareciera el programa de tu hijo. Además, ellas tienen jardín en los departamentos sin espacio como jardín pobres niños no les ayudó mucho el estar encerrados” .

Micaela, 34 años, Santa Fe

“La pandemia cambió todo, pues el tener una pequeña encerrada era difícil...Mi niña fue lo que más me costó, ya que estaba chiquita y ella buscaba con qué entretenerse, se desesperaba, gritaba, hacía berrinche, era todo el tiempo andar entreteniendo a mí niña” .

Laura, 34 años, Acopilco.

“*Me preocupó mi niña porque era buscar como se entretuviera para que no pasara viendo la tele tanto, hacer dinámicas de ejercicio, algo para mover el cuerpo y no sentirse tan enclaustradas*” .

Sabrina, 31 años, Santa Fe.

“*Fue estresante buscar métodos para entretener a mis hijos, creo que fue cuando más los deje jugar con el x-box, celular porque si no iba a volverme loca. Si extrañe como antes podíamos salir y nos distraíamos del caos de tantos hijos, pero sí fue difícil, agobiante y caótico*” .

Suri , 35 años, Santa Fe.

“*Se convirtió en algo muy difícil, estresante y triste de sobrellevar porque no podíamos salir, mi niño chiquito no podía salir al parque, mi bebe no conoció un parque ni la calle hasta los 2 años que me sentí segura de sacarlos, porque tampoco un bebe puede usar cubrebocas y tengo ansiedad imagínate mis pensamientos*” .

Jireh, 37 años, Acopilco.

Otro tema que salió durante la entrevista fueron los casos de crisis en los niños o niñas, pues ellos al igual que los adultos estos sentían estrés, ansiedad y miedo que sin poder o saber cómo expresarlo detonaba en berrinches o crisis nerviosas. Micaela expresó que toda la ansiedad y estrés que vivió durante el *home office* y *la pandemia*, sus hijas lo percibieron y más la menor quien después lo mostró con una crisis.

“*Llegue a sentir mucha carga de estrés en mí, por mí trabajo, las niñas, la casa y eso que no tengo un horario fijo, pero si me entro frustración al no avanzar como yo quisiera en los proyectos que tenía. Además, me reproche mucho el no tener un trabajo en una oficina con*

un horario, pero pues sinceramente si necesite buscar terapia para mejorar mi frustración. Este estrés al final recayó en mis hijas, pues mi hija menor tuvo una crisis se empezó a rasguñar y arrancarse el cabello evidentemente del estrés que ella percibía en mí ”

Micaela, 34 años, Santa Fe.

Habría que decir que las inquietudes más el aislamiento social afectaron principalmente a las mujeres, supongo que el aislamiento social provocó que el día a día se convirtiera en algo rutinario, pues se eliminaron actividades sociales, como el salir con amigos, de viaje o el simple hecho de salir a caminar. En otras palabras, el tener que eliminar estas acciones y esta libertad, además del aumento de la carga de trabajo que les sobrevino a las mujeres les perjudicó su salud emocional y mental. Brooks et al. (2020) consideran que el aislamiento social creó síntomas de estrés postraumático.

“ Honestamente a mí sí me dejó como un tema psicológico que me afectó, porque para empezar soy alguien muy social, eso generó que tuviera un poco de depresión, un poco de hartazgo, la verdad, sí, pues irritabilidad, pues yo creo por lo mismo que estábamos aislados, que no salía empezó a hacerse muy rutinario todo, se cargó muchísimo el tema de trabajo, con el tema de los niños y la escuela. Como que la atención que demandaban era mucha a cada rato mamá esto y mami lo otro, entonces sí me trajo como doble trabajo, la verdad. En lo emocional si es posible que me afectó un poco, pues porque no sales de viaje y de las fiestas con los amigos, la cerveza, el convivir, había días que no quería ni levantarme porque me hartaba el no tener que arreglarme para salir ”

Ilse, 31 años, Santa Fe.

“ Fue un momento de agobio de no poder salir con mis amigas o tener tiempo para mí porque estaba encerrada en casa y con los niños encima, como te digo fue difícil, complicado y en algún momento

horrible estábamos acostumbrados a salir los fines de semana al centro comercial situaciones Así que fueron pues difíciles de estar encerrados ” .

Suri, 35 años, Santa Fe.

“*Tuve que aprender a convivir las 24 horas juntos además de vivir con suegros es difícil no poder salir sin poder tomar aire fresco o cuando nos enojamos no podíamos salir a no sé a algún lugar no, sino que teníamos que aprender a manejar el cualquier conflicto que tuviéramos. Ahorita que ya podemos salir no me gusta estar en casa encerrada los fines de semana, porque en la pandemia todos los fines de semana nos la pasamos encerrados*” .

Abigail, 32 años, Acopilco.

Las mujeres entrevistadas narraron cambios en sus actitudes y emociones durante el transcurso del confinamiento, estos cambios pasaron mayormente de felicidad al enojo, al malestar, frustración y angustia. Brooks et al. (2020, p. 913) destacan que la duración del confinamiento pudo provocar ansiedad, malestar estrés y depresión.

“*Empezando la pandemia pasamos más tiempo juntos, pero al principio sí fue duro, el estar todos juntos todo el tiempo 24/7, como te comento cuando trabajas sales, respiras un poco. Al inicio no lo sentíamos, pero después empezaron las peleas, pero todo bien al final de cuentas y ya convivimos más con nuestro hijo, pasamos más tiempo como pareja*” .

Macarena, 30 años, Santa Fe

“*Pues creo que fue como en muchos casos en el que el principio del primer mes o la primera semana los niños estaban como en unas minis vacaciones sin clase, aunque mi esposo y yo trabajábamos.*”

Después cuando los niños entraron a la escuela se complicó un poco pues porque el internet se saturaba, las computadoras, pero fuera de todo eso creo que nos fue muy bien porque aprendimos a convivir a darnos nuestro espacio a ser más unidos y saber que siempre contamos el uno con el otro, al final fue difícil, angustiante y estresante ” .

Abigail, 32 años, Acopilco.

El contexto de vivir la pandemia y el aislamiento durante el embarazo y el postparto, quizás indujeron secuelas biológicas y psicológicas. De Castro et al. (2015); Emmanuel y St John (2010) argumentan que la etapa perinatal, la cual abarca desde antes del embarazo hasta el primer año después del parto, supone una serie de cambios biopsicosociales, lo que provoca que sea una época de mayor vulnerabilidad.

Al respecto opinó que el resultado de los cambios llevados en el embarazo y el postparto como alteraciones en la identidad corporal, social y personal, que igualmente con la pandemia, el aislamiento y la carga de trabajo provocó mayor susceptibilidad, que sin duda incrementaron las emociones como tristeza, depresión, estrés y ansiedad.

“Fue complicado porque tuve más clientes, luego estaba embarazada y siempre estuvo el temor de contagiarse. En lo familiar no hubo tanto trabajo ya que la señora nos trabaja, nos cocina y entretenía a los niños. Fue difícil estar encerrados. Entretener a 3 niños y embarazada de oro y después tener 3 y un bebe fue una dinámica complicada ” .

Suri, 35 años, Santa Fe.

Por un lado, existió un temor y preocupación ante el contagio, contagiar a alguien o fallecer. Con base en la investigación llevada a cabo en China por Wang et al. (2020) encontraron que la mayoría de las preocupaciones de la población fue

que uno de sus familiares se contagiara de SARS-CoV-2, esto incrementó la posibilidad de tener ansiedad, depresión o estrés.

Por otro lado, en los casos donde toda la familia o lo que vivían en la casa se contagiaron, fue un escenario de un aumento de estrés para la mujer, dado que ellas fueron las que, a pesar de estar o no enfermas, cuidaban a su familia para evitar que se contagiaran y a la persona enfermas. Al mismo tiempo seguían realizando las tareas domésticas, implementando las medidas de higiene, sus actividades de trabajo y cuidado de hijos e hijas —posiblemente esto se deba al rol asignado al género, pues coloca a la mujer como la persona encargada del espacio privado y de cuidado—.

“Me dio COVID y la pase muy mal. y muy preocupada, porque pensé que mi vida corría riesgo. Estuve casi dos semanas sintiendo que me moría, fue muy difícil y afortunadamente mi hijo no se enfermó de COVID, ni mi esposo, pero si hubo temor por contagiarnos, que más familiares se contagiarán”

Jireh, 37 años, Acopilco.

“Yo vivo cerca de mis papas o sea en ese sentido sí me daba ansiedad y mucho pendiente contagiarlos a ellos, entonces yo hacía todo, si había que comprar algo yo salía, era la únicamente que salía, yo o mi hermano o a veces mi marido, si fue muy estresante. los primeros meses fue como que mis papas no salieran para nada para que no se contagiaran”

Barbara, 37 años, Acopilco.

“En el corporativo nos hicieron una prueba del COVID y de 50 personas fui la única que salió positivo la forma de cómo te notifican y cómo te hacen sentir ante el corporativo es algo abrumador, porque no sabías si al siguiente día ibas a despertar y dejar a mis dos hijos”

solos fue estresante porque sabía que con mi esposo no contaba ”

Martha, 37 años, Acopilco.

“ *Con la pandemia el estrés y la preocupación aumentó de cuidar tu familia para que no se enfermen y además de estar pendiente de otras familias como la familia de mi esposo y de mi familia de que todos estén bien. Tenía ansiedad por que mi esposo se enfermó de COVID, y me preguntaba qué pasa si él fallece, como sería toda mi vida y cómo cambiaría nuestra* ”

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“ *Mucho estrés, angustia y miedo por contagiarse, yo sentía que cualquier cosa ya tenía COVID, como que me afectó mucho psicológicamente el escuchar a alguien tose más que escribían en los grupos de WhatsApp o en las noticias ya se contagió y analizar si lo viste en algún momento de la semana* ”

Mía, 35 años, Santa Fe.

“ *Mi esposo, mis hijos y yo nos contagiarnos de COVID... pero no tuve tiempo de sentirme mal y tuve que realizar las tareas de cuidado y limpieza en casa, no sé si a los varones les pega más fuerte o a que se deba que se la pasaban acostados* ”

Magali, 35 años, Acopilco

En muchos de los comentarios con relación al trabajo se vio afectada la salud mental pues se vivieron muchas emociones como miedo, preocupación y estrés por perder su empleo y el sustento económico de su familia. Serrano Monroy y Galindo Castillo, (2014, p. 20) señalan que

El desempleo se asocia a una experiencia subjetiva, es traumática por el daño que hace al sentido de la dignidad, tanto como por las carencias económicas que produce. Las reacciones negativas de quienes no tienen trabajo demuestran que el trabajo sigue siendo un valor central, no sólo en términos económicos, sino que también psicológicos y simbólicos.

“Tuve mucho miedo, estuve ansiosa, pues un poco preocupada porque la verdad me daba mucho miedo el tema del trabajo, si me dio miedo porque veía que despedían y despedían a compañeros y yo pensaba que nos iban a despedir, además sin ahorros fue preocupante, sobre todo por mi bebe ya que requiere muchos gastos”

Jireh, 37 años, Acopilco.

Me gustaría dejar claro que esta afirmación es importante ya que ella tenía menos de un año de ser mamá primeriza, además de haber ocupado sus ahorros por la salud de su suegro quien fue entubado por COVID-19. Esta situación es importante de comentar porque este es uno de los muchos casos de familias y mujeres que enfrentaron vulnerabilidad económica por el contagio de un familiar, al mismo tiempo que tuvieron que lidiar el miedo por perder su empleo —lo que quizás hubiera provocado precariedad económica—. Estas preocupaciones ocasionaron malestar emocional y psicológico que se observa en la salud mental de la población y más en las mujeres.

La pandemia ha tenido un impacto económico sin precedentes a nivel global. Muchas familias han sufrido la precarización del trabajo, la disminución de sus ingresos y el endeudamiento. Estos factores han repercutido negativamente en la salud mental de las personas, especialmente de las mujeres que se han visto afectadas por la pérdida de recursos económicos. Al mismo tiempo, la pandemia ha propiciado cambios en los roles sociales de algunas familias, donde los hombres

han colaborado más en el hogar y las mujeres han asumido la responsabilidad económica de sus hogares.

“Económicamente como le digo mi marido no percibía, él es comerciante, así que casi sobrevivimos con mi sueldo” .

Barbara, 37 años, Acopilco.

“Al inicio mi esposo dejó de tener pacientes porque es dentista y mucha gente dejó de lado eso y también tenían miedo a contagiarse, así que no teníamos tantos recursos económicos. Tuvimos que hacer unos recortes de gastos, pero después todo bien, lo bueno que teníamos ahorros y yo aporté dinero así que no hay mucho problema.... Mi esposo se encargó del niño y una señora que nos ayudó en todo lo de la casa pues no tuve mucha carga de trabajo” .

Macarena, 30 años, Santa Fe.

“En el mes de mayo creo que fue el más complicado porque me dejaron de pagar un tiempo, pues por la situación económica, así que no tenía mucho sustento económico y esto creó mayores problemas con mi pareja y emocionales, ya que era el único sostén...Mi esposo era drogadicto así que todo el trabajo lo realizaba yo, además no confiaba en él para dejarle a mi hijo” .

Carol, 30 años, Acopilco.

Es evidente que la COVID-19 ocasionó problemas económicos para mujeres y familias, muchas perdieron su empleo, les redujeron su sueldo y las horas laborales, está pérdida de empleo no solo implicó pérdida monetaria, sino también una reducción en el acceso a la salud, alimentos, entre otros. Por ende, estas pérdidas provocaron más ansiedad y estrés a las mujeres que sostuvieron a sus familias en ese tiempo.

Sobre las personas que presentaban un trastorno mental previo a la pandemia, como es el caso de Jireh, quien fue diagnosticada desde antes de la pandemia con ansiedad generalizada, aunque ya controla mejor sus ataques de pánico, comentó que la pandemia si le perjudico ya que lo que a ella le ayudaba era una caminata diaria y al no poder hacerlo le causó que sus niveles de ansiedad se elevarán. Con esto quiero decir que quienes ya padecían algún trastorno mental como lo es la ansiedad o depresión, fue de la población que estuvo más expuestas al incremento de este trastorno como lo son los ataques de pánico, pensamientos suicidas, entre otros aspectos.

En este sentido García Jiménez (2021) y Sorio (2021) afirman que una situación crítica y estresante acompañada de aislamiento y movilidad restringida puede desencadenar problemas de salud mental e incrementar los síntomas entre quienes ya padecían algún trastorno mental.

“ Soy una persona que sufre ansiedad generalizada, entonces este hecho de estar en esta situación de miedo de contagiarse, o que se contagiara mi familia o cosas así me generó estrés y ansiedad. Si tuve picos de ansiedad, afortunadamente no tuve ataques de pánico, afortunadamente lo controlé bien, pero si a veces me sentía un poco estresada, como... que me empecé a dar cuenta que me daba miedo la gente que empezaba a toser o cosas así, eso sí me daba mucho temor, pero ya después se me fueron quitando los miedos y me la fui llevando con calma ” .

Jireh, 37 años, Acopilco.

En conclusión, se observa que la salud mental de las mujeres de las dos colonias se vio afectada por la pandemia. Entre los temas que surgieron en este primer análisis están la salud mental relacionada con el trabajo, la situación económica y el temor a perder o infectar a algún familiar, estos factores impactaron en el bienestar emocional y psicológico. Aunque las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco compartieron algunas experiencias de malestar emocional y psicológico por la pandemia, también hubo diferencias en cuanto a la situación económica y de salud, pues la mayoría de las de Santa Fe pudo contar con ayuda

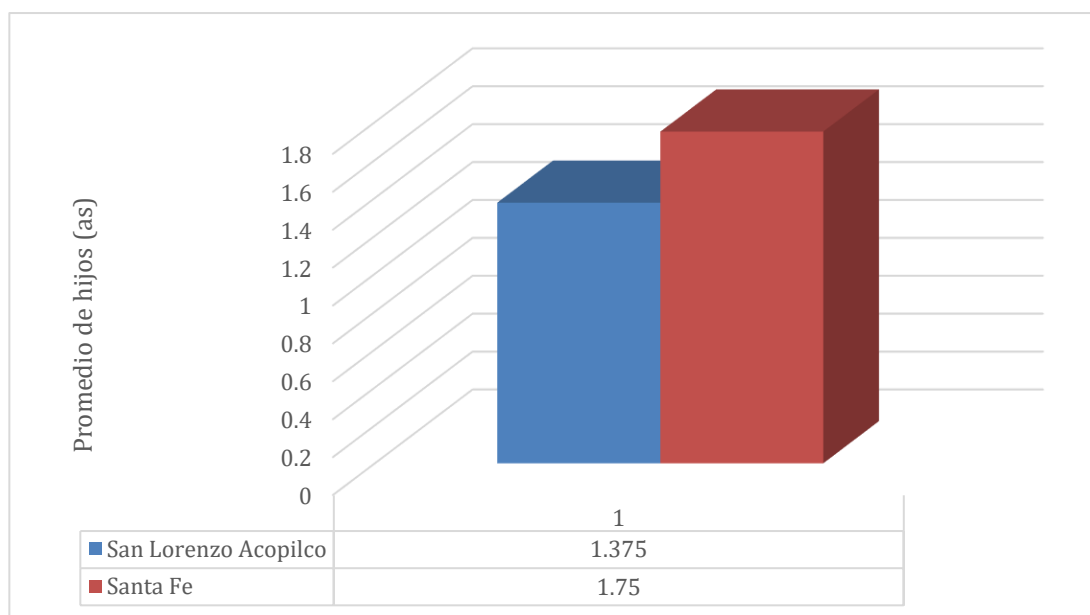
externa para las labores domésticas o el cuidado de los hijos e hijas, así como la afiliación a un servicio médico privado.

Además, se debe considerar estas experiencias al momento de crear políticas públicas donde un aspecto fundamental sea el dar acceso a los servicios de terapia o apoyo psicológico en políticas de Salud Mental desde la perspectiva de género debido a que el contexto económico y laboral de cada género influye mucho al momento en que la persona decide acudir o no a un apoyo psicológico y emocional, pues aun cuando las de Santa Fe pudieron acudir a con un psicólogo o psicóloga privado la mitad tomo la decisión de no buscar este apoyo por la situación del tiempo. En comparación con las de Acopilco quienes por la situación económica y de tiempo la mitad de las entrevistadas decidió no solicitar esta ayuda.

Anexo 5.3. El análisis detallado de instrumento y entrevistas para detectar el problema en la salud mental y las experiencias de cada mujer durante estos primeros 6 meses de pandemia

En este capítulo se examina con más detalle quienes solicitaron terapia o apoyo psicológico durante este tiempo. En cuanto a las mujeres trabajadoras con hijos o hijas, ellas enfrentaron desafíos, desgaste emocional, físico y psicológico, debido a que las mujeres fueron de las más afectadas (Johnson et al., 2020, p. 23).

Gráfica 5 Promedio de hijos o hijas de las mujeres entrevistadas de ambas colonias.



Nota: Realizada por datos propios

La gráfica 5 muestra el número medio de hijos e hijas que tienen las mujeres entrevistadas en las dos colonias. Este análisis nos permite comprender mejor su realidad y su punto de vista sobre cómo vivieron la pandemia.

El número de hijos e hijas que una mujer tiene puede influir en su salud mental, física y calidad de vida de diversas maneras. Algunos estudios han encontrado que tener más hijos o hijas se asocia con un mayor riesgo de depresión, ansiedad, estrés y fatiga, así como con una menor satisfacción con la vida y el matrimonio. Estos efectos pueden deberse a factores como la carga de trabajo doméstico y familiar, la falta de apoyo social, el conflicto conyugal, la presión económica y la pérdida de oportunidades personales y profesionales (Fulghum Bruce, 2023; Mayo Clinic, 2019).

Además, la calidad de vida de las mujeres no depende solo del número de hijos e hijas, sino también de otros factores como la calidad de las relaciones familiares, el acceso a recursos materiales y emocionales, el equilibrio entre el trabajo y la familia, y las expectativas y valores personales. Por lo tanto, no hay una respuesta única sobre cómo el número de hijos e hijas influyen en la salud mental, física y calidad de vida de las mujeres, sino que depende de cada caso particular, de las circunstancias y el contexto que rodea a cada familia y a cada mujer.

En resumen, las madres trabajadoras enfrentaron múltiples desafíos relacionados con el género durante la pandemia, lo que afectó negativamente su

salud mental. No creo que únicamente el número de hijos e hijas fuera un factor determinante para el deterioro de la salud mental, sino más bien la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo, las dificultades económicas y la falta de resiliencia para afrontar el aislamiento social. Estos factores impactan la calidad de vida, la salud física y mental de las mujeres.

Anexo 5.3.1. Calidad de vida de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco

En lo concerniente a la calidad de vida de las mujeres entrevistadas, ellas argumentaron que su calidad de vida sí se vio afectada, desde el momento que no tenían la libertad para salir.

“Mí calidad de vida se vio afectada porque no hacías tu vida normal, el simple hecho de no hacer tu vida normal, todo te afectaba, emocional y físicamente”

Magali, 35 años, Acopilco.

“Si, porque no podíamos salir y salir un rato de los agobios y los gritos de casa. Lo que sí me costó trabajo fue lo social ya que estábamos acostumbrados a salir los fines de semana al centro comercial, fue difícil estar encerrados y no tener la libertad que antes teníamos de salir”.

Suri, 35 años, Santa Fe.

Al mismo tiempo hubo mujeres que argumentaron que la carga del hogar, la escuela y su trabajo les sobrepasó y no tuvieron tiempo para relajarse por lo que al final de cuentas les afectó en su calidad de vida .

“Si porque al tener dos niñas una en primaria y otra iniciando

preescolar, además del trabajo y la casa no tuve tiempo para relajarme, escuchar música, leer, tocar el piano cosa que eran terapéuticas para mí y me relajaban”.

Macarena, 34 años, Santa Fe.

Es curioso que sobre todo las mujeres entrevistadas de ambas colonias vincularan la situación económica con la calidad de vida, es decir los siguientes argumentos denotan que, si la situación económica bajaba, la calidad de vida también.

“Si mi calidad de vida se vio afectada, porque al inicio de la pandemia le bajaron los clientes en la empresa de mi esposo, entonces afectó nuestro nivel de vida porque era pagar colegiaturas en la IBERO creo que como 2 meses nos vimos afectados y sobrevivimos con lo poco que sus clientes le pagaban y mi sueldo”.

Mia, 35 años, Santa Fe.

“Si mi calidad de vida se afectó, porque económicamente mi esposo no tenía trabajo, a mí me descontaban y pues la carga de trabajo era mucho trabajo”.

Barbara, 37 años, Acopilco.

En algunos contextos no hubo afectaciones en el nivel económico por lo cual la calidad de vida no se vio afectada, en su mayoría estas declaraciones proceden de las mujeres entrevistadas de Santa Fe, pues la mayoría comentó que no tuvieron conflictos, sino que les ayudó a ahorrar, invertir su dinero en aspectos como remodelar su casa y estabilizarse económicamente.

“No sentí ninguna afectación en mi calidad de vida, como la mayoría de las personas que tal vez su economía o su trabajo se vio mermado, y en lo económico no bajamos nuestro estilo de vida comprábamos y comíamos lo que queremos y lo que se nos antojará”.

Hannah, 30 años, Santa Fe.

“El tema económico permaneció igual, entonces mi calidad de vida no se vio afectada, pues comía bien, o sea, de hecho, hasta subí de peso porque comía lo que me antojaba”.

Ilse, 31 años, Santa Fe.

“Económicamente siento que nos dio la oportunidad de estabilizarnos un poco porque por lo mismo de que dejamos de salir como lo hacíamos antes ahorramos bastante en ese aspecto. Al salir pues significaba comer afuera y comer afuera es un gasto y la gasolina y que, si los juegos y bueno ya sabes, los antojos de las niñas. Entonces sí, ahorramos bastante en ese aspecto este sobre todo porque la colegiatura bajó un 10% una cosa así pues bueno, por parte de la escuela también, entonces eso nos permitió ahorrar”.

Macarena, 34 años, Santa Fe.

“Económicamente estuvimos bien, comimos y compramos lo que queríamos, creo que hasta exageramos al comprar cosas por internet, pero si económicamente creo que estuvimos bien”.

Marina, 36 años, Santa Fe.

Por otro lado, otro aspecto que afectó la calidad de vida de las mujeres entrevistadas y de la población, fue el impacto de los medios de comunicación y las redes sociales, pues estas causaron afectaciones en la salud mental por toda la exposición a la información acerca de la pandemia y la COVID-19.

“Cada vez que veía las noticias me enfermaba psicológicamente no sé cómo decirlo, pero sentía que yo tenía los mismos síntomas, si afectaba psicológicamente escuchar ya se murieron tantas personas”.

Abigail, 32 años, Acopilco.

“Era estresante todo el tiempo pensar qué va a pasar mañana parece que la situación hoy está peor que ayer, están subiendo las cifras, todavía no sacan la vacuna entonces todo el tiempo preocupaciones en la cabeza. Además, tenía el teléfono y lo primero que hacía era meterme a la sección de las noticias y me suscribí a los medios de comunicación de todo el mundo España, Francia, Estados Unidos y México para ver cómo estaba la situación con la pandemia y también el recibir malas noticias de ya falleció un conocido pues la angustia, ansiedad y estrés que generó”.

Macarena, 34, Santa Fe.

“Evidentemente mi calidad de vida se vio afectada, porque el estrés de las noticias, toda la información que había afuera era muy estresante, agobiante, pero pues evidentemente considero que la calidad de vida de todos fue afectada”.

Sabrina 31, Santa Fe.

Evidentemente el exceso de información tuvo efectos negativos sobre el bienestar mental y emocional que repercutió en la calidad de vida de las personas.

Chao et al. (2020); Gómez Benito y Berrío Beltrán (2021); Santa-Cruz-Espinoza et al. (2022) demostraron que quienes pasaban mayor tiempo leyendo, buscando o viendo noticias sobre el curso de la pandemia y la COVID-19, fueron las más propensas a padecer ansiedad y/o depresión.

“La verdad me sentía preocupada, muy desorbitada, confundida de lo que iba a pasar, creo que era miedo generalizado, porque veías noticias y decía que la gente se moría ,luego en la radio o en el super escuchabas a la gente que decía que ya se murió fulanito por COVID, era mucho estrés”.

Jireh, 37 años, Acopilco.

Para finalizar, la pandemia, el aumento en la carga de trabajo en mujeres, la situación económica y el aislamiento social, perjudicó la calidad de vida de las mujeres. En particular se vio afectado el bienestar físico, emocional, material y relacional de las mujeres durante la COVID-19 (Infobae, 2021).

Anexo 5.3.2. Salud física de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco

En cuanto a las entrevistas realizadas a las mujeres de ambas colonias, ellas refieren que la pandemia generó efectos en su salud física asociadas al estrés, ansiedad y depresión, de las afecciones más comentadas fueron las defensas bajas, problemas del estómago, gastritis, diarreas, bruxismo, insomnio y falta o exceso de apetito.

Estos problemas de salud mental pueden repercutir en su salud física, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad e inmunodepresión. Por otro lado, la salud física también influye en la salud mental. Por todo ello, es importante que las mujeres cuidaran su salud física y mental durante la pandemia, buscando apoyo profesional, social y emocional cuando lo necesitaran, manteniendo hábitos saludables como una alimentación equilibrada,

una actividad física regular y un sueño adecuado, y realizando actividades que les aporten satisfacción, placer y sentido a sus vidas.

Puedo comentar, que ni la cantidad de hijos o hijas, ni la situación económica influyó directamente a las cuestiones de salud, considero que el problema principal fue la falta de estrategias y programas para canalizar el estrés, la ansiedad y depresión, a causa de la carga de trabajo o la pandemia en sí.

Por un lado, si hubo una diferenciación con las de Acopilco ante estos problemas de salud, debido a que la mayoría de ellas enfrentaron problemas o dificultades económicas.

“Como estaba todo el día en casa me la pasé comiendo de más y subí de peso, hasta ahorita no he podido bajarlo. Además de tener algunos temas con el estómago justo porque igual empiezas a tragarse algunas emociones”.

Martha, 37 años, Acopilco.

“Sufrí durante los 2 años bruxismo por el estrés, mi esposo fue quien se dio cuenta que en las noches rechinaba los dientes y me lo comentó. Además, me despertaba con mucho dolor en mi mandíbula”.

Abigail, 32 años, Acopilco.

“Nos enfermamos, mis papás, mi hijo y yo mucho más de hecho creo que teníamos una bacteria porque si duró la enfermedad como tres meses... ya en este tiempo me había separado”.

Carol, 30 años, Acopilco.

Por otro lado, un pequeño número de mujeres comentaron que no hubo alteraciones o en algunos casos mejoró el estado de salud, es probable que esta afirmación se deba a los privilegios de algunos grupos sociales, el contexto y la situación personal y familiar de cada caso, dado que estas afirmaciones provienen más de las mujeres de Santa Fe. Berlinski et al. (2020) añaden que la COVID-19 implicó un mayor riesgo de salud para los más pobres o en situaciones vulnerables de la población, sin duda las principales razones son la situación económica y de privilegios estos factores influyen en las emociones y en la salud mental.

“Mi salud no tuvo cambios, no sentí nada. Solo preste atención a cuidar nuestra salud y a comer bien, para prevenir enfermedades. Así que empezamos a tener consciencia de hacer ejercicio, tener una dieta saludable, no comer tanta chuchería y escoger un mejor menú”.

Brasil, 30 años, Santa Fe.

“Mi estado de salud mejoró, pude hacer más ejercicio. Compramos equipo para un gimnasio así que lo estuvimos montando así que considero que mi salud mejoró.”

Sabrina, 31 años, Santa Fe.

En resumidas cuentas, estos problemas de salud mental afectaron también a su salud física, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas, trastornos del sueño, obesidad y consumo de alcohol y tabaco. Las mujeres tuvieron que afrontar mayores cargas familiares y laborales, así como menor acceso a los servicios de salud mental y apoyo social. Por ello, es necesario que las políticas de salud mental mejoren la atención y prevención de la salud mental de las mujeres, reconociendo su diversidad y sus necesidades específicas.

Anexo 5.3.3. Atención psicológica y apoyo psicoemocional de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco

En el plano emocional existen diferentes formas de abordar la salud mental. Las mujeres entrevistadas comentaron algunas estrategias que usaron para atravesar los momentos de ansiedad, miedo, angustia y tristeza.

Por un lado, algunas argumentaron acudir a terapia psicológica (privada o pública) y hubo quien tuvo acceso a terapia psicológica por parte del trabajo.

“ Si acudí a terapia grupal de parte de un grupo de psicólogas que lo daban de manera gratuita ”

Carol, 30 años, Acopilco.

“ Si, acudí con una psicóloga privada por videollamada, creo que era una vez a la semana algo así ”

Laura, 34 años, Acopilco.

“ Acudí a terapia para saber cómo vivir el momento y el presente, sin angustiarme, aprender a conectar con mi niña, aprender a que, si iba a cumplir esas metas, pero no era dejarlos de lado sino vivir el ahora ”

Sabrina, 31 años, Santa Fe.

“ Si, pero fue terapia de pareja porque después de un tiempo tuvimos conflictos para comunicarnos y lo mejor fue acudir con un experto ”

Suri, 35 años, Santa Fe.

Por otro lado, algunas mujeres no pudieron acceder a los servicios de terapia psicológica, debido a diferentes razones. Algunas no confiaban en la terapia, otras tenían problemas económicos. Estas mujeres optaron por buscar otra forma de apoyo, como conversar con personas de su confianza.

“ Por la situación económica no podía permitirme pagar un terapeuta, únicamente lo platicaba con mi esposo y era con quien depuraba ”

Abigail, 32 años, Acopilco.

“ No me daba tiempo, ni tiempo para mi tenía ya que la demanda de trabajo, la casa fue mucho, entonces como estaba ocupada y no fui, como que yo solita me hacía coco wash ”

Barbara, 37 años, Acopilco.

“ No la verdad, como que las amigas eran mi terapia, hablaba por teléfono con alguna amiga que me decía a mí también me pasa como que platicábamos la situación, entonces me daba cuenta de que a todas nos pasaba y como se me iba ”

Ilse, 31 años, Santa Fe.

Estos planteamientos dan a entender que falta mucho en cuanto a información de la salud mental y quitar creencias acerca de la terapia psicológica. Dado a que muchas veces las creencias o el sentir que no era necesario fue debido a creencias que limitaban la búsqueda de la ayuda.

Ahora bien, en ambas colonias, el porcentaje de mujeres que buscaron ayuda psicológica fue el mismo, excepto por un caso en Santa Fe que se trató de terapia de pareja. Sin embargo, hubo una diferencia en el tipo de servicio que utilizaron: en Santa Fe, todas recurrieron a terapeutas privados, mientras que en San Lorenzo Acopilco, una de ellas acudió a un centro de salud público. Esto podría

deberse a diversos factores, como la situación económica, personal o el acceso a la atención de salud mental de cada una de las mujeres entrevistadas.

Un aspecto que influyó en la posibilidad de que algunas mujeres accedieron a atención psicológica fue el tipo de cobertura de salud (pública o privada) que tenían. Este factor determinaba la disponibilidad, el costo y la calidad de los servicios psicológicos que podían recibir. Así, algunas mujeres enfrentaron barreras económicas, burocráticas o geográficas para acceder a una terapia adecuada a sus necesidades.

En este trabajo se examinaron las políticas de salud mental durante la pandemia COVID-19 y las experiencias de las mujeres de Santa Fe y San Lorenzo Acopilco lo que reveló que el acceso y la calidad de los servicios psicológicos fueron desiguales entre las dos colonias. Las mujeres de San Lorenzo Acopilco enfrentaron barreras para recibir atención psicológica, como el desconocimiento, el costo, el tiempo y la escasez de personal especializado en el Centro de Salud de Acopilco, donde solo había un psicólogo que atendía dos veces por semana. Las mujeres de Santa Fe, en cambio, tuvieron más facilidad para acceder a terapias psicológicas en hospitales o consultorios privados, gracias a su mayor capacidad económica.

Se ha encontrado que las políticas de salud mental implementadas por las autoridades fueron insuficientes o inaccesibles para muchas de las mujeres entrevistadas, que enfrentaron dificultades económicas, sociales y familiares durante la crisis sanitaria.

De acuerdo con las 8 mujeres entrevistadas en San Lorenzo Acopilco, mencionaron que 4 de ellas cuentan con IMSS, 1 con ISSSTE, 2 sin ninguna afiliación. Únicamente 1 cuenta con afiliación al IMSS, ISSSTE y Seguro Gastos Médicos Mayores —anexo 3—. Por el contrario, de las 8 mujeres entrevistadas de Santa Fe 7 cuentan con Seguro Gastos Médicos Mayores y 1 está afiliada al ISSSTE. Por su parte de las 7 con Seguro Gastos Médicos Mayores, 2 cuentan con ISSSTE y 2 con IMSS —anexo 4— .

La afiliación a los servicios de salud es una variable que refleja las diferencias socioeconómicas entre las mujeres de San Lorenzo Acopilco y Santa Fe. Según los testimonios de las 16 mujeres entrevistadas, se observa que en San

Lorenzo Acopilco solo una mujer tiene acceso a tres tipos de cobertura médica: IMSS, ISSSTE y Seguro Gastos Médicos Mayores. Las demás tienen una o ninguna afiliación, lo que limita sus opciones de atención. En cambio, en Santa Fe la mayoría de las mujeres cuentan con Seguro Gastos Médicos Mayores, que les permite acceder a servicios privados de mayor calidad. Además, algunas de ellas también tienen afiliación al IMSS o al ISSSTE, lo que les da más alternativas de cuidado.

Las entrevistadas de Acopilco que tenían acceso a servicios de salud pública como el IMSS o el ISSSTE manifestaron que durante la pandemia optaron por consultar a un médico privado en alguna farmacia. Esta decisión se debía a la percepción de mayor seguridad, rapidez y calidad en la atención médica privada

La pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental de muchas personas, especialmente de las mujeres que tuvieron que enfrentar una mayor sobrecarga de trabajo durante este periodo. Según diversos estudios, las mujeres han sufrido más desempleo, ansiedad, depresión y agotamiento físico y mental que los hombres, debido a la combinación del teletrabajo, las labores de cuidado y el confinamiento.

Para concluir, la salud mental de las mujeres es un tema prioritario que requiere de políticas públicas que reconozcan y apoyen su rol en la sociedad. Asimismo, se necesita promover una distribución equitativa de las tareas domésticas y de cuidado entre hombres y mujeres, así como facilitar el acceso a servicios de salud mental adecuados y oportunos.

Anexo 6. Guion de entrevista

Características de la población: mujeres de 30 a 39 años (corresponde a la adultez establecida) casadas o en pareja con hijos o hijas que durante la pandemia pudieron hacer *home office*.

Consentimiento informado

Yo _____

declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “*Gestión de crisis y políticas públicas de la salud mental para el contexto de pandemia en mujeres al Poniente de la Ciudad de México.*”, éste es un proyecto de investigación cuyo fin es conocer cómo vivieron los primeros 6 meses de pandemia y si se vio afectada su salud mental debido por la ausencia u omisión de políticas públicas de salud mental y la sobrecarga de trabajo, a las mujeres con pareja, con hijos o hijas que durante la pandemia realizaron trabajo en casa.

Si. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma del participante

Fecha:

Ficha de identificación	
Clave de participante	
Tiene pareja ¿Vive con él?	Escolaridad:
¿Su pareja trabajaba y realizaba trabajo en casa (<i>Home office</i>)?	
¿Tiene hijos y vive con ellos?	Edad

Hijos y edad:	Seguro Médico/afiliación
Situación económica	Colonia
¿Con quién vive?	Realizó trabajo en casa (es decir, <i>home Office</i>) durante los primeros cuatro meses en casa:
❖ ¿Considera que trabajó más horas durante la pandemia que antes de la pandemia (explorar si trabajo más 8 horas y comparar con las horas que antes trabajaba)?	

- ❖ ¿Cuénteme qué significó la pandemia para usted? (examinar económicamente, laboral,)
- ❖ ¿Cómo fue trabajar en casa (*home office*)? (explorar cuáles fueron las dificultades, diferencias, hubo barreras que dificultan algún crecimiento laboral y contrastar con antes)
- ❖ ¿Cómo describiría la sobrecarga de trabajo?
- ❖ ¿Cuénteme su experiencia de realizar el trabajo en casa, actividades del hogar e hijos?
- ❖ ¿Sintió diferencia en la carga de trabajo (trabajo asalariado, hogar y niños o niñas) antes y durante este periodo?

- ❖ ¿Cuál fue su red de apoyo, es decir cuando tiene alguna emergencia a quien recurre?

Familia.

- ❖ ¿Cómo es su familia? (investigar cómo estuvo conformada su familia, si fue afectuosa, respetuosa, felicidad contrastar con el antes)
- ❖ ¿Su familia tuvo algunos cambios? (investiga si se integró alguien o falleció algún integrante, si hubo alguna pérdida económica)
- ❖ ¿Cómo fue su dinámica familiar? (investigar si hubo afecto o violencia, buena o mala comunicación, actividades en familia, uso de tiempo libre, organización de las actividades, quehaceres del hogar y el contraste con la división de trabajo (colaboración de parte de la pareja e hijos o hijas))
- ❖ ¿Cuál es tu rol en tu familia?

Pareja.

- ❖ ¿Qué significó la pandemia para ti y tu pareja?
- ❖ ¿Cuénteme cómo fue la dinámica con su pareja? (cómo es su relación de pareja hubo felicidad, romanticismo, tristeza, apoyo y contraste con el antes)
- ❖ ¿Cómo se repartieron las actividades/quehaceres de la casa?

Salud: comparar antes y después

- ❖ ¿Se vio afectada su calidad de vida con la pandemia? ¿Por qué?

- ❖ ¿Cómo era tú estado de salud? (explorar como era antes de la pandemia y si cambio durante)

- ❖ ¿Necesito atención médica durante este tiempo? ¿Dónde asistió? ¿Cómo fue atendida?
 - En caso de que no asistiera a atención médica ¿Cuál fue el motivo?

- ❖ ¿Cómo lo pago? (Seguro, préstamo, crédito, ahorros)

Salud mental.

- ❖ ¿Cuénteme durante este periodo tuvo malestares emocionales

- ❖ ¿Necesito platicar con alguien y desahogarse?

- ❖ Fue a terapia

Políticas públicas.

- ❖ ¿Supo o conoció alguna política pública durante este periodo? ¿Cuál fue? ¿Cómo se enteró de ella?
 - ❖ ¿Conoció algún programa o política pública en salud mental durante este periodo?
¿Cuál fue? ¿Cómo se enteró de ella?

- ❖ ¿Recibiste o algún familiar recibió algún apoyo de un programa a nivel federal, estatal o local?

Anexo 6.1 Prueba PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada
difícil

Un poco
difícil

Muy
difícil

Extremadamente
difícil

Anexo 6.2 Prueba GAD-7

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>				
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)