

Algunas consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la familia y la salud mental*

*María de Lourdes Patricia Femat González** • Armando Ortiz Tepale****

RESUMEN

En el presente trabajo abordamos algunas de las consecuencias sociales de la puesta en acción de las estrategias que el sector salud ha establecido como parte importante de las medidas para evitar y controlar la propagación de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, como son el distanciamiento físico y el confinamiento, enfocándonos principalmente en la familia y la salud mental, dos ámbitos afectados de manera directa por dichas estrategias, pero insuficientemente estudiados. En la primera parte, describimos acontecimientos relevantes sobre la pandemia, así como algunas de las razones por las que se convirtió en una emergencia sanitaria global y sus consecuencias sociales. En la segunda parte, analizamos los efectos que el distanciamiento físico ha tenido en la familia, particularmente respecto a la violencia familiar. En la tercera parte, presentamos un análisis de la interrupción global de los servicios de salud mental y la forma en la que se les conceptúa: servicios necesarios, pero no esenciales. Por último, presentamos algunas reflexiones que susciten líneas de investigación en los escenarios descritos desde el campo de las ciencias sociales.

PALABRAS CLAVE: pandemia de COVID-19, distanciamiento físico, confinamiento, familia, salud mental.

Some Effects of COVID-19 Pandemic on Families and Mental Health

ABSTRACT

In this work we present some social effects of the implementation of strategies that public health services have established as important means to avoid and control SARS-CoV-2 transmission, such as physical distancing and lockdown. Mainly we focus on the effects of these strategies on family life and mental health, two fields insufficiently studied. First, we describe some relevant events on COVID-19

* Este texto forma parte del trabajo de investigación denominado "Las representaciones sociales y el proceso de salud-enfermedad, adscrito al proyecto de investigación "Las familias, relaciones, interacciones y contextos, actualizado por el Consejo Divisional de CSH en su sesión ordinaria 11.09 del año 2009.

** Profesora-Investigadora Titular C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. lula.femat@gmail.com

*** Profesor-Investigador Asociado C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - Unidad Xochimilco. aortizt@correo.xoc.uam.mx .

Fecha de recepción: 29 de diciembre de 2020.

Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2021.

pandemic, as well as some of the reasons that explain the origins of this global health emergency and its social consequences. Then we analyse the effects of physical distancing on family life, particularly, family violence. After that, we present an analysis on global disruption of mental health services and the mode that are conceptualized: these services are fundamental, but they are not social priority. Finally, we present some reflections that elicit lines of research on the described scenarios based on social sciences field.

Keywords: COVID-19 pandemic, family, lockdown, mental health, physical distancing.

Introducción

La vida cotidiana de los países se ha visto trastocada debido a la emergencia del coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio severo (SARS-CoV-2) y de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19). A raíz de la declaración de la pandemia de COVID-19 el 11 de marzo de 2020 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y debido a la inexistencia en ese momento de tratamientos farmacológicos para combatir esta enfermedad, las autoridades sanitarias de los países establecieron el distanciamiento físico, el confinamiento en los hogares, así como la suspensión de actividades socioeconómicas no esenciales, advirtiendo tomar en cuenta el respeto a los derechos humanos (Atalan, 2020), como medidas urgentes para evitar el contagio acelerado y el aumento desmedido de personas enfermas quienes, eventualmente, requirieran hospitalización (OMS, 2020b; Columbus, Brust y Arroliga, 2020; Lai *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020).

Esta serie de medidas si bien ha permitido hasta cierto punto el control de la pandemia, también ha propiciado, por una parte, críticas por parte de diversos actores sociales al dar por sentado la gravedad de este problema sanitario y, por otra, se ha calificado la toma de decisiones relativas a la prolongación del confinamiento y restricciones

de movilidad como políticas o imposiciones autoritarias.

Asimismo, aunque estas medidas han estado enfocadas a evitar el colapso de los servicios hospitalarios, el reporte del número de casos confirmados, de enfermos en estado crítico y decesos a causa de la COVID-19 en hospitales o en domicilios particulares ha aumentado progresivamente. El 15 de diciembre de 2020 la OMS (2020a) reportó 70 476 836 de casos confirmados y 1 599 992 de decesos a causa de la COVID-19 en el mundo; en el continente Americano, este organismo reportó 30 116 395 de casos confirmados y 776 708 decesos acumulados y, en México, la OMS reportó para esta misma fecha 1 229 379 de casos confirmados y 113 019 muertes registradas a causa de la enfermedad.

Estas medidas han traído como consecuencia procesos de recesión de la economía global y un malestar social generalizado; asimismo, han tenido efectos sociales en los países de manera diferenciada debido, en gran medida, a las condiciones socioeconómicas prevalecientes. En particular, en los países pobres de América Latina como Honduras, Colombia, El Salvador, por mencionar algunos, se ha experimentado los efectos de la crisis

de la economía en términos de desempleo, inflación, pobreza económica, cultural y alimentaria, rezago educativo, entre otros. El desbordamiento de lo social es más evidente en estos países y pensar de otra manera dicho escenario resulta difícil.

Por otra parte, la incertidumbre y la complejidad que el sujeto experimenta en el escenario de pandemia de COVID-19 paraliza la trayectoria de vida y, al mismo tiempo, fomenta nuevas formas de relacionarse con otros y consigo mismo o, por el contrario, exagera condiciones socioeconómicas adversas, malestares emocionales derivados del aumento de la violencia en las familias y agudización de la emergencia de trastornos mentales.

Ante esta realidad, cabe interrogar de manera general: ¿cómo se ha desarrollado la pandemia de COVID-19 y cómo se ha materializado sus efectos en la vida cotidiana? ¿Cómo se han abordado los efectos sociales relacionados con la familia y la salud mental? ¿Cómo se les conceptúa? ¿Qué estrategias teórico-metodológicas se pueden establecer para abordar estas problemáticas desde el campo de las ciencias sociales? En particular, estas interrogantes nos son de utilidad para delimitar este tiempo histórico y centrarnos, en particular, en dos ámbitos problemáticos socialmente relevantes, pero insuficientemente estudiados en este escenario adverso: la violencia familiar y la salud mental. El primero ha sido objeto de estudio de diversas formas de intervención en el trabajo con familias, donde el género puede ayudar a explicar la violencia ejercida como un ejercicio de dominación; el segundo ha sido atendido desde el predominio del enfoque biomédico, con base en una perspectiva ahistórica y aproblemática sobre el sujeto de la salud mental, lo cual se ha traducido en un desinterés por fortalecer y diversificar los servicios de salud mental desde otros enfoques que no sean únicamente clínico-hospitalarios y

que hoy, ante la pandemia, se hace evidente. Por ende, es necesario preguntar, por una parte, sobre las condiciones históricas que exacerbaban la violencia familiar y, por otra, acerca del desinterés de la sociedad y el Estado por los servicios de salud mental.

Escenarios de la pandemia de COVID-19

La versión predominante en publicaciones científicas acerca del origen del SARS-CoV-2, causante de la enfermedad de COVID-19, es que se trata de un virus detectado en diciembre de 2019 en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei, China. Los primeros casos fueron reportados el 8 de diciembre de 2019, cuyo cuadro clínico fue clasificado como neumonía severa de etiología indeterminada con la siguiente sintomatología: fiebre mayor a los 38° C, tos seca, disnea, mialgia y fatiga; los pacientes no presentaron mejoría después de haber sido intervenidos médicamente con tratamientos convencionales para la influenza. El 29 de diciembre de 2019, médicos chinos reconocieron que cuatro de los casos identificados estaban vinculados epidemiológicamente con el Mercado Mayorista de Mariscos del Hunuan, un complejo de venta de mariscos, carne roja y animales silvestres para consumo humano. El mercado fue cerrado el 1 de enero de 2020 (Columbus, Brust y Arroliga, 2020; Lai *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020).

El 10 de enero de 2020, las autoridades de salud de China publicaron el genoma del nuevo coronavirus. Del 1 al 11 de enero, 248 casos fueron reportados en Wuhan y la investigación epidemiológica enfatizó la cuestión del contagio acelerado. El 13 de enero se reportó el primer caso fuera de China, en Tailandia, y el 20 de enero en Estados Unidos. El 11 de febrero, China reportó 45 182 casos confirmados mediante pruebas de laboratorio y al menos 27 países contaban con ca-

sos confirmados, a lo cual sucedió restricciones de viajes, aislamientos y medidas de resguardo impuestos por las autoridades de varios países. En esa misma fecha, la OMS nominó COVID-19 a la enfermedad causada por el SARS-CoV-2. El 11 de marzo, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró que la COVID-19 podía conceptuarse como una pandemia (OMS, 2020b).

La declaración de la pandemia por parte de la OMS se debió al aumento de número de casos fuera de China y la triplicación del número de enfermos en países afectados, más de 118 000 casos en 114 países, 4 291 muertes y miles de personas hospitalizadas en estado crítico. Las palabras utilizadas para describir la situación de alarma fueron brotes, índices alarmantes de propagación y gravedad y, en particular, de inacción por parte de los gobiernos y de la población. La declaración enfatizó que ésta era la primera vez en la que un coronavirus causaba una pandemia y, además, la primera en que pudiera ser controlada, razón por la cual, se hizo un llamado a los países para tomar medidas urgentes y contundentes porque, al menos para esa fecha, era posible cambiar el curso de la pandemia, evitando, así, el aumento en el índice de contagios y decesos (OMS, 2020b).

La declaración de la OMS señaló la importancia de que los países detuvieran los contagios y la transmisión comunitaria mediante la detección, la realización de pruebas, el tratamiento, el aislamiento y el rastreo de casos. Debido a que, según la OMS, varios países habían demostrado suprimir y controlar el virus mediante la estrategia de distanciamiento físico, como la República Islámica de Irán, Italia, China y la República de Corea, la interrogante y preocupación expresada por este organismo internacional fue la duda sobre si los demás países harían lo mismo debido

a los siguientes problemas: incapacidad, carencia recursos e indeterminación de sus gobiernos. La declaración urgió a los países a mantener un equilibrio entre la atención de la salud, los problemas sociales y económicos y el respeto a los derechos humanos (OMS, 2020b). Cabe decir que dicho equilibrio ha sido imposible de lograr debido a la cobertura limitada, los índices de desempleo, pobreza y apoyos sociales y cuarentenas estrictas o limitada restricción de movilidad de personas.

A partir de la declaración de la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud de los países han afrontado diversos problemas relativos al contagio acelerado, entre los cuales se encuentra la insuficiencia de camas para atender a pacientes diagnosticados con la enfermedad debido a la infraestructura de los servicios hospitalarios, insumos escasos ante el aumento en la demanda de equipo de protección para profesionales de la salud, falta de personal médico y paramédico capacitados para actuar en un escenario de pandemia y atención a pacientes en estado crítico, enfermedades crónicas de la población, tales como sobrepeso, obesidad, hipertensión, cardiopatías. Aunque es aventurado afirmar que los sistemas de salud han fracasado en la atención de pacientes diagnosticados con COVID-19, es importante subrayar que los gobiernos deben fortalecer los servicios hospitalarios y los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud en la comunidad.

Aunque en las publicaciones científicas se reportan estudios sobre los orígenes del SARS-CoV-2, el cuadro clínico de la enfermedad, las medidas recomendadas para reducir el contagio, los cuidados que una persona enferma debe recibir y el tratamiento de apoyo para pacientes hospitalizados, los individuos han asumido de manera distinta las recomendaciones o indicaciones de las auto-

ridades sanitarias, ya sea con prudencia, desconfianza o desaprobación de las medidas a seguir: distanciamiento físico, resguardo en casa, uso de cubrebocas y lavado frecuente de manos (Lai *et al.*, 2020; Yuen *et al.*, 2020; Leung, 2020). Por ende, la pandemia de COVID-19 y las estrategias para afrontarla son tanto problemas de salud pública como socioculturales. El 26 de marzo se reportó más de 460 000 casos confirmados y 20 834 decesos en 173 países debido a COVID-19 (Sheng *et al.*, 2020). A finales de septiembre de 2020, se reportaban más de 32 000 000 de casos confirmados y casi 1 millón de muertes a causa de la enfermedad. De acuerdo con la actualización epidemiológica de la OMS (2020a), el 15 de diciembre de 2020 se reportó 70 476 836 de casos confirmados y 1 599 992 decesos acumulados a causa de la COVID-19. El 49% de las muertes acumuladas estaban registradas en el continente americano, con un total de 776 708, es decir, esta región reportaba la proporción más grande de casos y muertes acumuladas.

La pandemia de COVID-19 ha desvelado varios retos al mundo en materia de salud: origen del SARS-CoV-2, la delimitación del cuadro clínico, el índice de mortalidad, la delimitación de grupos de riesgo, los lineamientos de atención hospitalaria, entre otros (Stawicki *et al.*, 2020). Para la población en general la pandemia se ha materializado en clases vía remota en confinamiento, resguardo en casa, restricción de movilidad, desempleo, falta de medicamentos, medidas de protección de la población mayor de 60 años, personas con enfermedades crónicas y mujeres embarazadas. Ante la inexistencia de una vacuna y medicamentos contra el SARS-CoV-2, en todo el mundo se ha puesto en marcha estrategias de distanciamiento físico para desacelerar la propagación del virus y, así, evitar la saturación de hospitales y el índice elevado de mortalidad. No

obstante, la industria farmacéutica ha enfocado sus esfuerzos en el diseño de vacunas seguras y eficaces contra la COVID-19. A finales de diciembre de 2020, mientras varios gobiernos habían comenzado con la distribución y aplicación de vacunas contra COVID-19, en varios países como Brasil, España y Francia se habían reportado rebotes cuyas dimensiones rebasan cifras de picos más altos que los reportados en mayo y junio de 2020, razón por la cual se han reforzado las medidas de distanciamiento físico, uso de cubrebocas y lavado de manos, resguardo en casa y cierre de actividades no esenciales y lavado frecuente de manos.

La pandemia de COVID-19 ha propiciado la emergencia y agudización de problemas y males sociales y, al mismo tiempo, ha hecho ver que la vida del sujeto es frágil ante la presencia de agentes infecciosos nuevos, lo cual abre ventanas de oportunidad para transformar una serie de condiciones globales que amenazan la vida del ser humano, pero también suscita la aparición de ideologías totalizantes y fundamentalistas para coartar derechos, libertades y perpetuar mecanismos de dominación, en particular, según De Sousa (2020), en los grupos delimitados por un espacio-tiempo político, social y cultural denominado el sur, una metáfora para conceptualizar el malestar humano causado por la explotación capitalista, la discriminación racial y la discriminación sexual, o la población del Tercer Mundo, constituido por individuos con empleos precarios (Žižek, 2020). Sin embargo, es necesario analizar en profundidad las condiciones de posibilidad de un orden global de sometimiento del sujeto o de una antesala del fin de los tiempos, razón por la cual, insistimos en la relevancia de distinguir las condiciones histórico-sociales en las que la pandemia de COVID-19 hizo su aparición, con el propósito de evitar y desmontar hipótesis redactadas como

producto de la adscripción a una perspectiva teórica o a un sistema de pensamiento únicos porque la génesis de los conceptos dan cuenta tanto de los usos sociales de las ciencias como de los modos de nominar los objetos (Lacabra ([2004] 2006; Certeau, [2002] 2011).

Este escenario es una muestra de la fragmentación del mundo social, más no de su desarticulación o destrucción. La especie humana es sólo una entre tantas de las que habita el planeta, aseveración que recuerda el hecho de que pertenecemos a un ecosistema amenazado por la acción humana. La pandemia de COVID-19 y sus efectos se han sumado a otros acontecimientos críticos de la historia reciente, como las tensiones geopolíticas, las guerras económicas y el calentamiento global; el neoliberalismo y el llamado desbordamiento de lo social han sido efectos de los procesos histórico-sociales, producto del estado de civilización actual (Carballeda, [2002] 2007; Ortiz, 2016).

En particular, el distanciamiento físico como estrategia no farmacológica ha ocasionado el cierre de centros de trabajo y escuelas de todos los grados educativos. La interrupción de las actividades económicas y el resguardo en casa prolongado ha ocasionado la caída de las economías, lo cual se traduce en desempleo y pobreza y, no menos importante, un aumento significativo en los índices de violencia familiar e interrupción de los servicios de salud mental para población considerada vulnerable: infantes, adolescentes y adultos mayores. De hecho, las diferentes formas de violencia, incluyendo la violencia familiar, se ha intensificado en las infancias, las mujeres, las minorías étnicas y en quienes viven en estado de pobreza y precariedad.

Son varios procesos sociales que giran en torno a la pandemia de COVID-19, razón por la cual

resulta difícil delimitarlos y analizarlos, por ende, en el siguiente apartado nos abocaremos a explorar dos dimensiones de la emergencia sanitaria en México, la violencia familiar y la atención a la salud mental, los cuales avizoramos como horizontes de necesario análisis e intervención ante un escenario complejo.

Familia y violencia familiar

Uno de los sectores sociales que con mayor fuerza ha impactado la pandemia es, sin duda, la familia. Desde el 20 de marzo del 2020, México entró en un periodo de cuarentena y aislamiento obligatorio debido a la emergencia sanitaria por COVID-19. Para este grupo social la salud de sus integrantes representa una de sus principales preocupaciones y ocupaciones, por lo que cuando surge la enfermedad, sobre todo aquella que se prolonga en el tiempo, con rasgos de gravedad, ya sea física o emocional, puede llegar a representar una verdadera crisis interna. La nueva emergencia derivada de la pandemia obligó a las familias a asumir dificultades relacionales entre sus integrantes, así como a verse en la necesidad de redistribuir sus funciones y establecer los roles vinculados al manejo del o los enfermos, lo cual ha llegado a ocasionar un fuerte desequilibrio ya que sus miembros debieron de adaptarse a la nueva situación y, al mismo tiempo, conservar una cierta estructura y organización tratando de evitar cambios demasiado intensos que limitaran sus capacidades de respuesta, lo cual ha exigido una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, las funciones asignadas y su sistema de creencias. Los espacios, tiempos y ritmos familiares, laborales y de actividades del hogar se han trastocado. Esta circunstancia ha atraído como consecuencia, en muchos casos, que la familia se vea afectada en diferentes esferas tales como el bienestar

emocional y físico, así como en la economía familiar y la red de relaciones sociales y familiares.

Aunado a esta situación, el confinamiento ha hecho que todos los integrantes de la familia se vean en la necesidad de realizar sus actividades laborales, escolares, recreativas, entre otras, dentro de un espacio que históricamente ha sido asignado a la mujer, que es la casa, el hogar, un espacio privado vinculado a las tareas domésticas, la crianza y el cuidado de los hijos que la mujer debe realizar,¹ al cual se agrega la suma de actividades con respecto al trabajo público como la escuela y llevar las actividades que antes se hacían en la oficina, además de la labor de cuidadora del o los enfermos.

Esta situación ha propiciado una sobrecarga de trabajo y responsabilidades que repercuten en su bienestar emocional y psicológico, llegando a generar en ella un malestar emocional² que implica su calidad de vida generando vulnerabilidad en las áreas física, social y emocional. Como resultado de la carga emocional por el exceso de actividades, así como por el cambio en su rutina de vida, el exceso de trabajo, tanto doméstico como laboral, el cuidado de los hijos y, ahora también, en muchas ocasiones de los enfermos, algunas mujeres han llegado a desarrollar ciertos trastornos tales como estrés, ansiedad y depresión.³

1 Lévi-Strauss ([1956] 1974) menciona que la familia se organiza mediante la división social del trabajo doméstico, haciendo referencia a la atribución histórica de las habilidades, competencias y valores, así como responsabilidades y espacios que se han asignado a hombres y mujeres, de manera diferencial basados en el sexo biológico.

2 En el texto titulado *Los Fines de la medicina* (Callahan, [1996] 2007:36), se describe el concepto de malestar como “sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o merado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria”.

3 De acuerdo con una investigación realizada por la Universidad del País Vasco en 2020, el 44 % de mujeres encuestadas notaron que aumentaron los ataques de angustia y ansiedad, frente a un 25% de hombres (Balluerka *et al.*, 2020; WomenNow, 2020).

Esta condición, sumada a la incertidumbre, la ansiedad y el agotamiento derivado de la sobrecarga del trabajo doméstico y de la inestabilidad económica, aumenta la tensión y las posibilidades del ejercicio de la violencia familiar y de género. En esta situación de confinamiento, la mujer y los hijos se encuentran más expuestos a formas de violencia sin que existan elementos que la interrumpen y se torna más difícil encontrar una solución o pedir ayuda o salir del espacio de violencia.

El incremento en los casos de violencia familiar⁴ y de género⁵ ha sido notorio desde el inicio de la pandemia, como un efecto nocivo de la política de confinamiento, lo cual una vez más pone a la luz las desigualdades sociales referidas a las relaciones de género.

De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2020), alrededor del mundo se han incrementado las llamadas de emergencia y los refugios para atender a las víctimas de la violencia familiar en más de un 30% durante la pandemia y el confinamiento, de acuerdo con la declaración de Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directora Ejecutiva de ONU Mujeres, del lunes 6 de abril de 2020.

Según datos de la ONU Mujeres, Francia incrementó la violencia doméstica 30% desde el 17 de marzo; Chipre y Singapur registraron un

4 La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (LAPVF) de la Ciudad de México, Artículo 3, Inciso III, define la violencia familiar de la siguiente manera: “Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional, sexualmente, económicamente, patrimonialmente o contra los derechos reproductivos, a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño.” Texto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 1996 y reformado el 05 de abril de 2017 por la Asamblea de Representantes del Distrito Federal (Gobierno de la CDMX, 2020).

5 Según Saucedo (2002:274), la violencia de género es “Un ejercicio de poder y control que se da de manera cotidiana sobre las mujeres en el espacio doméstico y cuyo objetivo es mantenerlas en posición de subordinación asignada”.

incremento de las llamadas a las líneas de ayuda en un 30% y 33% respectivamente (UNWOMEN, 2020). Asimismo, en España, de acuerdo con los datos proporcionados por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2020), durante el mes de junio se recibieron 8 246 llamadas sobre violencia de género, representando un 39.2% más que en junio de 2019. En el caso de América Latina, en Argentina durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio se han registrado 44 900 llamadas por violencia de género a la línea 144 de Buenos Aires. Del 20 de marzo al 31 de julio se registraron 263 llamadas diarias en promedio, en contraste con 196 registradas durante el mismo periodo en 2019 (Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad, 2020). En Perú, las llamadas de auxilio a las líneas de Línea 100 sufrieron un aumento significativo de 48% entre abril y julio de 2020, con efectos que aumentan con el tiempo (López-Calva, 2020). En Colombia, de acuerdo con la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, la línea 155 reportó que entre el 25 de marzo y el 11 de abril de 2020 se recibieron 2 209 llamadas, lo cual representa un incremento del 129% con respecto al año anterior (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2020).

En México, durante este tiempo de pandemia se ha registrado por diferentes instancias un aumento considerable de la violencia dentro del hogar. Según informes proporcionados por el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2020), en el mes de septiembre del presente año se registraron 20 087 casos de violencia en la familia, mientras que en el mismo mes en 2019 se registraron 18 287 casos. En julio de 2020, la Red Nacional de Refugios A. C. (Figueroa y Toledo, 2020) reportó que de marzo a junio se incrementaron en un 55% las llamadas y mensajes de apoyo y que durante ese lapso en el 85% de los

Centros de Atención Externa de Refugio aumentó el número de atenciones en un 60%. El 41.15% de las mujeres refirieron ser víctimas de violencia física. Asimismo, durante junio se incrementó en un 2% los intentos de feminicidio.

La violencia familiar y de género en nuestro país no es un asunto nuevo. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestra datos de una realidad nacional preocupante, con altos índices de violencia manifestada principalmente por la pareja, ya sea esposo, novio, actual o anterior, a lo largo de la relación o aún cuando ésta ya no existe.

Un ejemplo inmediato es el que se refiere a las cifras del informe sobre “Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer”, del 25 de noviembre de 2019, donde menciona que en México el 43.9% de las mujeres de 15 años y más ha enfrentado violencia por parte de su pareja, esposo o novio actual o último, a lo largo de su relación, lo cual integra a 19.1 millones de mujeres. De acuerdo con este informe, dicha situación se había mantenido en niveles similares durante 10 años y, en la mayoría de los casos, se trata de violencia severa y muy severa. Respecto al tipo de violencia ejercido, señala en este mismo informe que las agresiones más experimentadas por las mujeres son las de carácter emocional. El 40.1% de mujeres ha vivido, al menos una vez a lo largo de su relación, insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas de tipo psicológico o emocional, así como de tipo económico, tales como el control o el chantaje y, en menor medida, agresiones corporales y sexuales (INEGI, 2019).

El confinamiento en casa ante la pandemia de COVID-19 bajo la iniciativa “quédate en casa” propicia una condición facilitadora donde las

mujeres y los hijos pueden estar expuestos a tiempo completo a sufrir diferentes formas de violencia por parte de su agresor. La necesidad del varón de controlar las posibles manifestaciones de autonomía de la mujer y de los hijos e hijas le hacen prohibirles los lazos familiares, celar a la esposa y someterlos a que pierdan sus relaciones sociales y familiares, volviendo al grupo familiar aún más vulnerable y dependiente. El síndrome de indefensión aprendida⁶ invade los sentidos y las percepciones de la realidad, hasta lograr inhibir cualquier intento de huida, de salir del círculo de la violencia. El debilitamiento físico y psicológico que llegan a sufrir gradualmente las familias en situación de violencia se traduce en un deterioro de la salud física y emocional, que se llega a manifestar en sensaciones de angustia, depresión, dolor y pensamientos de suicidio.

La violencia familiar se encuentra fincada en relaciones de poder, basadas, a su vez, en estereotipos de género que mujeres y hombres reproducen en su vida cotidiana; de acuerdo con Bourdieu ([1998] 2007:60), estas relaciones de poder están determinadas por la dominación masculina, con base en la asimetría entre hombres y mujeres establecida en las formas de construcción social de los lazos de parentesco y los vínculos matrimoniales, donde se conceptúa a las mujeres como objeto de intercambio con base en el interés masculino, lo cual fortalece el capital simbólico de los hombres. En situaciones de esta naturaleza, donde la exposición a la violencia se ha incrementado, existe la

⁶ De acuerdo con Seligman (1992), la teoría de la indefensión aprendida propone que los organismos que experimentan que las consecuencias son independientes de su conducta, es decir, son incontrolables, forman una expectativa de que tampoco habrá contingencia respuesta-consecuencia en el futuro. A nivel conductual tal expectativa de incontrolabilidad tenderá a producir un retraso en la iniciación de respuestas para controlar las consecuencias en una situación de aprendizaje posterior. Cognitivamente produce una creencia en la ineficacia de sus respuestas para controlar las consecuencias dificultando el aprendizaje de éxito posterior. Emocionalmente, cuando el acontecimiento es lo suficientemente traumático, tiende a producir cambios y alteraciones emocionales.

posibilidad de que surjan problemas psicológicos y/o emocionales, así como escolares y conductuales, pues los niños desarrollan problemas en el desempeño escolar y para relacionarse con otras personas. También son afectados por la violencia que el padre ejerce debido tanto al maltrato que pueden recibir de forma directa como a la observación del abuso que se realiza contra la madre. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) advierte que la exposición a la violencia es causa de aumento de tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, trastornos mentales, suicidios, enfermedades crónicas como cardiopatías, diabetes o cáncer, enfermedades infecciosas como el VIH, delincuencia y violencia.

Los servicios de salud mental: necesarios, pero no prioritarios

En el escenario de la pandemia de COVID-19, los organismos internacionales en salud mental han advertido sobre la importancia de mantener y fortalecer los servicios de atención a los trastornos mentales, los neurológicos y los causados por el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, las actividades de los servicios de salud mental en el mundo también se vieron afectados en sus actividades esenciales y, por ende, la atención en este ámbito ha sido parcialmente interrumpida. Aunque la teleconsulta y la atención de servicios de urgencias y hospitalizaciones ha funcionado en todo el mundo, los servicios de salud mental ambulatoria y comunitaria son los ámbitos más afectados debido a la interrupción de sus actividades fundamentales. El estado de los servicios de salud mental es socialmente relevante en tiempos de pandemia debido al malestar ocasionado por el aislamiento social, el temor a la enfermedad, la hospitalización y la muerte a causa de la COVID-19, la pérdida de seres significativos y el aumento de la violencia familiar.

A partir de la declaración de la pandemia de COVID-19 ha aumentado el interés y la preocupación de los especialistas y de los organismos internacionales sobre los efectos de esta emergencia sanitaria en la salud mental porque la transformación repentina de la vida cotidiana ocasionada por el confinamiento obligatorio y voluntario, la pérdida de empleo, el número elevado de decesos y enfermos debido a la enfermedad, la escolarización en línea, entre otros, han sido causa del aumento de casos de trastornos mentales tales como la ansiedad y la depresión (Roychowdhury, 2020).

A primera vista, resulta llamativo que las publicaciones especializadas recurrieran a las aportaciones de la intervención en crisis para tratar los trastornos mentales en el escenario de la pandemia y recomendaran la modificación de hábitos en cuarentena prolongada, mantener la comunicación remota con familiares y amistades, tener una alimentación sana, procurar sueño reparador, consumir alcohol y tabaco de forma moderada y practicar actividades físicas (Yamaguchi *et al.*, 2020; Brooks, 2020). Quizá esto sea medianamente posible en familias o individuos pertenecientes a estratos sociales con ingresos económicos más o menos estables, pero difícil de lograr cuando el desempleo, la enfermedad, los problemas económicos y la pérdida de familiares y amistades forman parte de un inventario de problemas en la sociedad.

En el escenario de la pandemia de COVID-19, ¿qué respuestas han brindado los organismos internacionales para la atención en salud mental en tiempos de pandemia? ¿Qué políticas y estrategias de salud mental han puesto en marcha las autoridades sanitarias de los países? ¿Qué problemas enfrentan los servicios de salud mental? ¿La pandemia de COVID-19 ha causado nuevos

problemas en salud mental o ha exacerbado problemas afrontados, pero no resueltos? La OMS (2020c) realizó una evaluación rápida sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, cuyos resultados son llamativos debido a la interrupción de servicios basados en enfoques psicosociales y comunitarios y al mantenimiento parcial de servicios de urgencias y atención hospitalaria en hospitales psiquiátricos y hospitales generales.

De junio a agosto de 2020, la OMS (2020c) estudió las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en los servicios de salud mental en el mundo. Este organismo internacional recopiló información mediante la aplicación de una encuesta en línea a ser respondida por secretarios o ministros de salud del mundo de junio a agosto de 2020; 130 de 194 países miembros de la OMS, esto es, el 67% de los países respondió la encuesta. Los datos fueron categorizados por región, nivel de ingreso y número de contagios de la COVID-19. La encuesta comprende la recuperación de información sobre la existencia y el financiamiento de los servicios psicosociales y de salud mental, la puesta en marcha de plataformas de coordinación de estos servicios, el nivel de continuación y las causas de interrupción de diferentes servicios de salud mental, las estrategias utilizadas para superar estas interrupciones y los mecanismos de vigilancia e investigación con base en datos sobre los servicios de salud mental.

116 países reportaron que los servicios de salud mental son parte del plan nacional de respuesta ante la COVID-19. No obstante, sólo 17% de estos países han asegurado financiamiento adicional para cubrir los gastos de todas las actividades de los servicios de salud mental. Además, dos terceras partes de los países encuestados poseen

plataformas de coordinación multisectorial de servicios de salud mental. Dicho de otra manera, la mayoría de los gobiernos conceptúa la salud mental como un servicio de salud pública esencial, pero al que se le destina pocos recursos de financiamiento.

La interrupción de servicios de salud mental consiste en: 93% de servicios de salud mental; 100% de los servicios ambulatorios y servicios comunitarios; 75-78% de los programas de salud mental en el trabajo y en las escuelas; 67% de los servicios de psicoterapia y consejería y 30% de acceso a medicamentos proporcionados para trastornos mentales. Estos datos responden a la interrupción de actividades esenciales, lo cual implica evitar el contacto cara a cara entre personal de atención y pacientes y el contagio acelerado, es decir, se promovió el distanciamiento social a costa de la continuación de servicios de salud mental.

El rubro de interrupción de servicios de salud mental para la población vulnerable muestra los siguientes datos con base en el sector atendido: 35% de servicios de emergencias en salud mental; 72% de servicios para la infancia y la adolescencia; 70% en el caso de la atención a adultos mayores; 61% de los servicios de salud mental prenatal y posnatal para mujeres y 53% de programas de prevención de sobredosis y de intervención. Los datos globales son evidentes: la población vulnerable en salud mental ha sido severamente afectada debido a la interrupción de servicios de atención.

En cuanto a la vigilancia e investigación, más del 40% de los países no han recopilado datos sobre trastornos mentales o manifestaciones en personas con COVID-19; más del 60% de los países de las regiones del Sureste Asiático y del Pacífico Occidental reportan recopilación de información,

mientras que la proporción es menor a 50% en países pobres. 66% de los países reportaron estudios relativos a los efectos de la COVID-19 en la salud mental, los trastornos neurológicos o uso de sustancias psicoactivas. En los países ricos, 80% reportaron llevar a cabo investigaciones sobre las consecuencias de la COVID-19 en la salud mental. No obstante, el porcentaje de países que llevan a cabo investigaciones sobre trastornos neurológicos es de 5% y uso de sustancias 15%. La puesta en marcha de protocolos de investigación es disímil por región y, evidentemente, los países ricos destinan más recursos a este rubro en comparación con los países pobres, lo cual ocasiona que se desconozca los efectos de la COVID-19 en gran parte del mundo.

La OMS (2020c), con base en la información arrojada por la encuesta, recomendó tres acciones prioritarias: asignar recursos para poner en marcha servicios de salud mental como un componente integral de la respuesta ante la COVID-19 y de los planes de recuperación, mantener los servicios de salud mental esenciales de acuerdo con las guías recomendadas por la OMS para una atención segura y pronta reapertura de servicios y, finalmente, el fortalecimiento del monitoreo de cambios de la disponibilidad, la atención y el acceso de servicios de salud mental de acuerdo con las condiciones locales de cada país. En particular, los datos sobre el estado de los servicios de salud mental en Latinoamérica no son halagüeños.

De acuerdo con la OPS y la OMS (2020), en la región de Latinoamérica, 27 de 29 países indicaron que los servicios de salud mental y apoyo psicosocial son parte de la respuesta frente a la COVID-19, pero únicamente 2 países tenían pleno financiamiento destinados a estos servicios en el presupuesto gubernamental; 16 países tenían financiamiento parcial y 31 países reportaron

carecer de presupuesto. El dato es llamativo, pero ha sido la respuesta común al tema de la salud mental en la región, incluso antes de la pandemia.

En cuanto a la coordinación multisectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, 22 de 29 países de Latinoamérica indicaron tener una plataforma de coordinación multisectorial de servicios de salud mental y apoyo psicosocial ante la COVID-19; en cambio, siete países indicaron carecer de una plataforma para la coordinación de este tipo de servicios. Aunque los datos ofrecen una coordinación de servicios, la participación de representantes de grupos de usuarios de los servicios se registró en menos de 7 plataformas y la participación de los ministerios de finanzas se dio únicamente en 5 países (OMS y OPS, 2020).

En relación con la inclusión de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en la lista de servicios de salud esenciales, 18 países informaron que los servicios de salud mental formaban parte de la respuesta del país durante la pandemia de COVID-19, mientras que 9 países señalaron que incluían algunos servicios para atender los trastornos mentales y 2 no incluían servicios de salud mental (OMS y OPS, 2020).

En cuanto a las políticas de acceso a los servicios de salud mental, ningún país indicó ni el cierre completo ni la apertura total de los servicios de salud mental. Sin embargo, el análisis mostró que los servicios ambulatorios en hospitales psiquiátricos y en hospitales generales, algunos servicios comunitarios como residencias y centros de día eran los más afectados. De hecho, los servicios de programas de prevención y promoción de la salud mental fueron los más gravemente afectados por la interrupción de sus labores, lo cual incluye a los servicios de salud mental para población vulnerable: servicios de salud mental prenatales y

posnatales, atención a infancias y adolescencias y la intervención en discapacidades. Las causas de la interrupción de estos servicios se debieron a la inasistencia de los pacientes, las restricciones de movilidad, la cancelación de hospitalizaciones, la reducción de personal de salud mental por confinamiento, la redistribución de personal y la reconversión de centros de salud mental como espacios de cuarentena o de tratamiento para la COVID-19 (OMS y OPS, 2020).

Tanto a nivel global como en la región de Latinoamérica, una forma de superar la interrupción de los servicios de salud mental ha radicado en la telemedicina o teleconsulta para sustituir las consultas presenciales, lo cual incluye la atención vía telefónica para servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Cabe subrayar que el reporte de la OMS enfatiza la subutilización de la capacitación de personal general de salud en competencias psicosociales básicas e intervenciones comunitarias. Por último, la OMS y la OPS (2020) reportan la existencia de investigaciones en curso sobre los efectos de la COVID-19 en la salud mental en 15 de 29 países de Latinoamérica; dicho de otra manera, la mitad de los países de la región no invierte en investigación en salud mental, lo cual compromete el diseño y la puesta en marcha de políticas, programas y estrategias de atención fundamentados en el conocimiento disponible.

¿A qué se debe que los servicios de salud mental sean una preocupación para los gobiernos, pero a la que se le destinan pocos recursos financieros, humanos y materiales para su operación? ¿El hecho de que los servicios comunitarios y psicosociales sean los más afectados en cuanto a apoyos económicos radica en la importancia de evitar el contagio acelerado de la COVID-19 o se trata de un tema de larga data? ¿No acaso los servicios comunitarios y psicosociales en el escenario de

la pandemia de COVID-19 deberían ser espacios de apoyo esencial para la población vulnerable y, además, para aquellas personas que requieren apoyo psiquiátrico y psicológico debido al desempleo, la pérdida de familiares y amistades, al aislamiento y, posiblemente, a la depresión y ansiedad derivada de un acontecimiento significativo como la enfermedad y la muerte?

En la actualidad, el campo de la salud mental ha mostrado avances significativos en el tratamiento de los llamados trastornos mentales. Los avances en el campo biomédico han dado cuenta de la complejidad de los procesos neurológicos y bioquímicos del cerebro como base de la etiología y pronóstico de este tipo de trastornos. A su vez, el paradigma biomédico es la perspectiva predominante en este tipo de atención clínica, lo cual tiene como efecto la elisión de las cuestiones socioculturales que giran en torno a los trastornos mentales y de los aportes de la intervención psicosocial en el campo de la salud mental.

De acuerdo con el Atlas Mundial de Salud Mental de la OMS (2015), 68% de los países miembros de la OMS tienen una política o un plan de salud mental y 51% de estos países han diseñado y puesto en marcha leyes sobre salud mental. Sin embargo, en muchos otros países, las políticas públicas y las leyes no están diseñadas acorde a la protección de los derechos humanos, su implementación es débil y las personas con trastornos mentales y sus familias son parcialmente involucrados. A esto se suma los recursos económicos asignados al campo de la salud mental: el gasto público en los servicios de salud mental es bajo en países con ingresos bajos y medios, esto es, menos de dos dólares per cápita, y una gran proporción de los recursos económicos son destinados a los hospitales psiquiátricos.

Globalmente, de acuerdo con la OMS (2015), el promedio de profesionales en salud mental es de 9 por cada 100 000 habitantes, pero existe una variación extrema: 1 por cada 100 000 habitantes en países con ingresos bajos y hasta 50 en países con ingresos altos. 41% de miembros pertenecientes a la OMS tienen al menos dos programas de promoción y de prevención y de más de 400 programas reportados, la mitad están enfocados a actualizar la bibliografía especializada en salud mental y a combatir el estigma. Dicho de otro modo, la formación de cuadros de especialistas en salud mental es insuficiente en la intervención de los trastornos mentales.

Además, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad (OMS, 2015). Por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura de alrededor de un 40% a 60% mayor que la población en general, debido a los problemas de salud física que a menudo no son atendidos, como es el caso del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la infección por VIH. Los trastornos mentales influyen a menudo en este tipo de padecimientos, razón por la cual se requiere de servicios de atención multidisciplinarios (OMS, 2015).

De acuerdo con datos internacionales, la depresión predispone al infarto de miocardio y a la diabetes y estos padecimientos, a su vez, propician la configuración de cuadros depresivos (OMS, 2013, 2015; OPS y OMS, 2014; SSA, 2013). La OMS (2015) advirtió que la depresión es un trastorno mental frecuente, afecta a alrededor de 350 millones de personas en el mundo, es la principal causa mundial de discapacidad, contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a las mujeres que a los

varones y, además, puede conducir al suicidio. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo, y más del 90% en muchos países, no recibe esos tratamientos. A pesar de este escenario, en 2014 la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales estaba en aumento. Estos datos de este organismo internacional dan cuenta de un problema relevante a escala global, pero que no ha formado parte de una atención prioritaria para los sistemas de salud del mundo.

El mundo occidental ha afrontado el problema de los llamados trastornos mentales sin resolverlo: la creación del asilo y su tratamiento moral, el establecimiento del manicomio y sus prácticas de encierro y la instauración del hospital psiquiátrico como eje de atención en salud mental (Foucault, [1964] 2010a; [1964] 2010b; [2003] 2007; Saraceno, [1995] 2003; Desviat, 1994; 2007). Estas tres formas de atención han respondido, por una parte, a una sensibilidad moral hacia los trastornos mentales y, por otra, a la forma de conceptualizarlos: la eliminación de la locura mediante el restablecimiento de la razón con base en el trabajo; la modificación de hábitos mediante rutinas estériles y la medicalización implacable del paciente psiquiátrico (Saraceno, [1995] 2003; Ortiz, 2013; Ortiz, Femat y Rojas, 2020). Hoy en día, el hospital psiquiátrico es el eje de atención en el mundo y es la instancia que absorbe en su mayor parte los recursos destinados a este rubro, razón por la cual la hospitalización es el tipo de intervención fundamental en salud mental, lo cual explica el hecho de que los servicios comunitarios o basados en perspectivas psicosociales hayan sido interrumpidos o, en su caso, subutilizados debido en la pandemia de COVID-19. Dicho de otra manera, los servicios de salud mental tienen un enfoque clínico-hospitalario, basados en el paradigma biomédico, y carecen de programas de atención

comunitaria y psicosocial en el mundo, cuando en el escenario de pandemia de COVID-19 se requiere su intervención creativa y eficaz.

Aunque en la actualidad las causas de los trastornos mentales están conceptualizadas desde una visión biopsicosocial, las limitaciones del paradigma biomédico como enfoque único de intervención en la salud mental son evidentes: los problemas de la vida cotidiana, los trastornos mentales, neurológicos y los derivados del uso de sustancias psicoactivas deben ser tomados en cuenta como factores determinantes del sufrimiento psíquico del sujeto y cuanto más por los efectos de la pandemia de COVID-19: confinamiento en casa, desempleo, precarización de la vida, pérdida de familiares y amigos, entre otros. El uso del concepto de sufrimiento o conflicto psíquico es pensado en referencia a las aportaciones del psicoanálisis, esto es, se trata de un producto del estado de civilización, considerando la forma en la que el sujeto se relaciona con las instituciones que lo determinan, tales como la familia, el Estado y la sociedad (Freud, ([1929] [1930] 2006). Desde esta perspectiva, el sujeto niega el origen de dichos sufrimientos porque desconoce su naturaleza interna, los cuales pueden estar caracterizados por la precarización de la vida, el problema de acceso a bienes y servicios sociales, las constantes crisis económicas que vulneran la vida social, familiar y biológica, entre otros.

La atención brindada al tema de la salud mental ha sido circunstancial a los casos de emergencias en el mundo; dicho de otra manera, la salud mental no ha sido una cuestión predominante en el mundo social ni un tema de interés fundamental para el Estado, la sociedad y sus instituciones (Saraceno, [1995] 2003; Ortiz, 2013). Además, debido al estigma social que implica el diagnóstico psiquiátrico, las personas rechazan el tratamiento

médico de los trastornos mentales y, en muchos casos, es origen de discriminación social (Bentall, [2009] 2011; Goffman, ([1961] 2009), lo cual queda en evidencia frente a la actual pandemia de COVID-19. Poner la salud mental como un problema fundamental a atender en las políticas de salud es necesario, pero reduccionista si sólo se pretende intervenir desde la farmacología, la modificación de hábitos y la hospitalización. El debate sobre la intervención en salud mental, lejos de convertirse en una discusión compleja y altamente especializada que permita la articulación de vínculos sociales fragmentados, sigue anclada al paradigma del entretenimiento, descontextualizado de las realidades de la vida cotidiana que viven las personas que experimentan algún tipo de sufrimiento psíquico (Guinea, 2015; Bentall, [2009] 2011; Saraceno, [1995] 2003; Guinsberg, 2015).

La pandemia de COVID-19 también ha ayudado a abrir el debate sobre la relevancia, pertinencia y vigencia de la salud mental y la importancia de los vínculos sociales y el riesgo de su fragmentación (Rajkumar, 2020; Chew *et al.*, 2020; Ćosić *et al.*, 2020; Roy *et al.*, 2020; Fegert *et al.*, Jiao *et al.*, 2020). Sin embargo, es preocupante que esto sea realizado únicamente desde una mirada medicalizante y enfocada a la disminución de signos y síntomas. La intervención en la salud mental debería coadyuvar a construir formas de trabajo colectivo, con la finalidad de advertir que los sufrimientos psíquicos son, en parte, efecto del estado de cultura y que la vida familiar y la atención a la salud, por ejemplo, se fundamentan en el conflicto y la tensión constante, lo cual pone en cuestión las perspectivas voluntaristas referentes a la aspiración de un estado social de bienestar utópico abstracto (Ortiz, 2016; 2018). Habrá que tener presente los efectos de la pandemia y el confinamiento prolongado de sectores socia-

les en condiciones de vulnerabilidad, tales como las infancias, las mujeres y las minorías étnicas. Aunque se ha advertido del riesgo de contagio y agotamiento físico de trabajadores de salud en servicios destinados a tratar casos de COVID-19, tales como médicos y enfermeras, también hay que tener presente la forma en la que este sector está afrontando la emergencia y los efectos anímicos que tendrá el experimentar sufrimientos y decesos elevados de pacientes hospitalizados. Personal médico y paramédico, enfermos que han superado la enfermedad, grupos familiares que han perdido miembros a causa de la pandemia, niños y adolescentes, entre otros, son actores sociales importantes por considerar sobre la forma tanto de apreciar esta emergencia sanitaria como de afrontar las vicisitudes cotidianas en esta pandemia. Entonces, desde nuestro punto de vista, además de contar con datos estadísticos y mensurables, también es importante recuperar la experiencia de actores sociales en el escenario de la pandemia de COVID-19 (Wa-Mbaleka y Pedro Costa, 2020).

En síntesis, la violencia familiar y la salud mental son campos socialmente relevantes a partir de los cuales se pueden plantear líneas de investigación importantes con la finalidad de delimitar problemas estructurales y aquellos que se han gestado a partir de la pandemia de COVID-19. Las formas de conceptualizar la vida familiar deben superar los enfoques voluntaristas sobre este grupo social y tener presente que, si bien históricamente se le ha considerado como un campo social de cuidado y protección, también es un territorio donde se reproduce la violencia familiar y de género y hacia las infancias en particular. Por último, el concepto de salud mental determina que la intervención en este campo sea con base en el paradigma biomédico y, con base en esto, se justifica la medicalización implacable de la vida del sujeto, cuando lo

que está en cuestión son los vínculos significativos del sujeto.

Reflexiones finales

Los momentos de crisis han permitido en la historia de las sociedades visibilizar las condiciones socioeconómicas, culturales y emocionales reales de los individuos y los grupos. La situación de pandemia de COVID-19 permite reflexionar acerca de los diferentes efectos que tiene en la sociedad; de hecho, los efectos de esta pandemia no se reducen a los procesos biológicos, sino que tiene implicaciones significativas para la vida de los individuos y los grupos sociales. En el caso de este trabajo, la violencia familiar y la salud mental son ámbitos problemáticos socialmente relevantes, focos de atención y de reflexión, que resulta importante revisar en estos momentos de pandemia, pero también en cuanto a las repercusiones que estos campos tendrán a mediano y largo plazo. Por ende, desde el trabajo académico, pensamos necesario plantear líneas de investigación orientadas a solucionar los problemas socioculturales que giran en torno a estos dos ámbitos. En particular, a partir de los paradigmas cualitativos en investigación social, resulta relevante recuperar la experiencia de los actores sociales.

La familia es un grupo fundamental de la sociedad, al cual se le ha responsabilizado en exceso el cuidado de los enfermos, los adultos mayores y las infancias; sin embargo, los conflictos familiares y, en particular, la violencia familiar comúnmente está fundamentada en relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres, donde el interés de los segundos, orientado a la reproducción y fortalecimiento del capital simbólico, ocasiona que se tome a la mujer y a las infancias como objetos de intercambio y maltrato; el aumento significativo de la violencia de género y

contra las infancias suscita la idea de que la vida familiar debe ser un tema a interrogar en el ámbito de este escenario crítico. En particular, el trabajo con familias puede construir estrategias de intervención con una perspectiva de género, para recuperar discursos familiares y experiencias sobre la forma en la que se han organizado ante el confinamiento, los efectos de haber tenido a familiares diagnosticados con COVID-19 y la pérdida de algunos de sus miembros en esta emergencia sanitaria. Las representaciones familiares sobre la pandemia proponen líneas de investigación socialmente relevantes porque permitirían otear en un espacio microsocioal la forma en la que las familias han afrontado las vicisitudes gestadas por esta emergencia sanitaria.

Asimismo, la salud mental es un tema de interés circunstancial para las autoridades sanitarias debido a la pandemia de COVID-19, cuando debe ser, también, un tema fundamental de discusión en la sociedad y, específicamente, en el ámbito de la salud pública. Históricamente, se ha justificado encerrar, hospitalizar y medicalizar la locura, las enfermedades y los trastornos mentales. El distanciamiento físico prolongado, el resguardo voluntario, el cierre de actividades no esenciales, la educación remota en confinamiento y la cuarentena recomendada en caso de ser diagnosticado de COVID-19 ha ocasionado y, quizá en algunos casos evidenciado, el distanciamiento social y la fractura de los vínculos significativos.

Los problemas explorados a lo largo de este trabajo son una muestra de lo que la misma cuestión social ha fracturado, por lo que para su análisis y mayor comprensión se hace necesario un abordaje desde su propio contexto, no en términos descriptivos, sino la significación, el alcance, los antecedentes y circunstancias en las que existe, tanto del proceso de elaboración de su problemática como

de las repercusiones que el conocimiento producido pueda tener para la sociedad. Rescatar la historicidad de los fenómenos sociales que se propongan abordar, su relación con los otros objetos y fenómenos con los que se relaciona y de los que

forma parte, movilizar nuestro conocimiento, ampliar el alcance de nuestra visión hacia una forma de pensamiento que integre la complejidad de la realidad.

Referencias bibliográficas

- Atalan, A. (2020). “Is The Lockdown Important to Prevent The COVID-19 Pandemic? Effects on Psychology, Environment and Economy-Perspective”, *Annals of Medicine and Surgery*, vol. 56: 38-42.
- Balluerka, N. et al. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. Bilbao: Servicio de Publicaciones del País Vasco.
- Bentall, R. ([2009] 2011). *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.
- Bourdieu, P. ([1998] 2007). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brooks, S. et al. (2020) “The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of The Evidence”, *The Lancet*, vol. 395, Núm. 10227: 912-920.
- Callahan, D. (dir.) ([1996] 2007). *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas, Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas No. 11, 5-81.
- Carballeda, A. ([2002] 2007). *La intervención en lo social. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Certeau, M. de ([2002] 2011). *Historia y psicoanálisis*. México: Universidad Iberoamericana e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Chew, Q. et al. (2020). “Narrative Synthesis of Psychological and Coping Responses towards Emerging Infectious Disease Outbreaks in The General Population: Practical Considerations for The COVID-19 Pandemic”, *Singapore Medical Journal*, vol. 61, Núm. 7: 350-356.
- Columbus, C., Brust, K. and Arroliga, A. (2020). “2019 Novel Coronavirus: An Emerging Global Threat”, *Baylor University Medical Center Proceedings*, vol. 33, Núm. 2: 209-212.
- Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (2020). Tercer Boletín sobre la atención de la Línea 155 en el contexto de medidas de aislamiento preventivo por Coronavirus en Colombia. <http://www.equidadmujer.gov.co/prensa/2019/Documents/linea-155-Boletin-3.pdf> (consulta 19 de octubre de 2020).
- Ćosić, K. et al. (2020). “Impact of Human Disasters and COVID-19 Pandemic on Mental Health: Potential of Digital Psychiatry”, *Psychiatria Danubina*, vol. 32, Núm. 1: 25-31.
- De Sousa, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires: CLACSO.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2020). Boletín estadístico mensual. España. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_junio2020.pdf (consulta 19 de octubre de 2020).
- Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Desviat, M. (2007). “Crítica a la razón psiquiátrica”, *Archipiélago. Cuadernos de crítica y cultura*, Núm. 76: 29-37.

- Fegert, J.M. *et al.* (2020). “Challenges and Burden of The Coronavirus 2019 (COVID-19) Pandemic for Child and Adolescent Mental Health: A Narrative Review to Highlight Clinical and Research Needs in The Acute Phase and The Long Return to Normality”, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 14, Núm. 1: 1-11.
- Figueroa, W. y Toledo, C. (2020). De los discursos a los hechos: Violencias contra las mujeres y la ausencia de políticas gubernamentales para garantizar una vida libre de violencias antes y después del COVID-19. Red Nacional de Refugios, A. C. Dossier preparatorio que presentará la Red Nacional de Refugios para el Informe Alterno CEDAW 2020. https://rednacionalderefugios.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/INFORME_compressed.pdf (consulta 19 de octubre de 2020).
- Foucault, M. ([2003] 2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. ([1964] 2010a). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. ([1964] 2010b). *Historia de la locura en la época clásica II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. ({1929} [1930] 2006). “El malestar en la cultura”. En: Freud, S. *El porvenir de una ilusión y El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)*, Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 57-140.
- Gobierno de la CDMX (2020). Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 1996. Texto vigente. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 5 de abril de 2017. México: Gobierno de la Ciudad de México. https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY_DE_ASISTENCIA_Y_PREVENCION_DE_LA_VIOLENCIA_FAMILIAR_1.pdf (consulta 26 de octubre de 2020).
- Goffman, E. ([1961] 2009). *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guinea, R. (2015). “Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo”, *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*, año 26, 13-39.
- Guinsberg, E. (2015). “Introducción a las nociones de “salud” y “enfermedad mental””. En: Paz, A. L. (coord.) *El sujeto y el campo de la salud mental*. México: UAM Xochimilco, 17-49.
- INEGI (2019). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25 de noviembre). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019_Nal.pdf (consulta 20 de octubre de 2020)
- Jiao, W.Y. *et al.* (2020). “Behavioral and Emotional Disorders in Children during The COVID-19 Epidemic”, *The Journal of pediatrics*, vol. 221: 264-266.
- Lacapra, D. ([2004] 2006). *Historia en tránsito. Experiencia, identidad, teoría crítica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lai, C.C. *et al.* (2020). “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): The Epidemic and The Challenges”, *International Journal of Antimicrobial Agents*, vol. 55, Núm. 3: 1-9.
- Leung, C. (2020). “The Difference in The Incubation Period of 2019 Novel Coronavirus (Sarscov-2) Infection between Travelers to Hubei and Nontravelers: The Need for A Longer Quarantine Period”, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 41, Núm. 5: 594-596.
- Lévi-Strauss, C. ([1956] 1974). “La familia”. En: Gough, K., Lévi-Strauss, C. y Spiro, M. E. *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona: Anagrama: 7-59.
- Li, Q. *et al.* (2020). “Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected

- Pneumonia”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 382, Núm. 13: 1199-1207.
- López-Calva, L. F. (2020). ¿No hay lugar más seguro que el hogar? El aumento en la violencia doméstica y de género durante los confinamientos por COVID-19 en ALC. <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/presscenter/director-s-graph-for-thought/no-safer-place-than-home---the-increase-in-domestic-and-gender-b.html> (consulta 10 diciembre de 2020)
- Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad (2020). Datos públicos Línea 44. Cantidad de comunicaciones por violencias de género recibidas 2020. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/octubre-linea144-infografia-editable.pdf> (consulta 12 de octubre de 2020)
- OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2015). *Mental Health Atlas 2014*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2020a). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---15-december-2020> (consulta 15 de diciembre de 2020).
- OMS (2020b). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. OMS. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (consulta 20 de septiembre de 2020).
- OMS (2020c). *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of A Rapid Assessment*. Geneva: World Health Organization.
- ONU (2020). Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra. Declaración de Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directora Ejecutiva de ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic> (consulta 1 de octubre de 2020).
- OPS (2020). Prevención de la violencia. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia> (15 de octubre de 2020).
- OPS y OMS (2014). *Plan of Action on Mental Health 2015-2020*. Washington: Pan American Health Organization and World Health Organization.
- OPS y OMS (2020). *La repercusión de la COVID-19 en los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en la Región de las Américas: resultados de una evaluación rápida*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortiz, A. (2013). Representaciones sociales de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide. El caso del Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones. México: UAM-Xochimilco.
- Ortiz, A. (2016). “Intervención psicosocial: escenarios, tensiones y perspectivas”. En: *Anuario de Investigación 2015*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 681-704
- Ortiz, A. (2018). “Familia, salud mental comunitaria e intervención psicosocial”. En Femat, M.L.P. y Ortiz, A. *Estudios de familias. Colección Cuadernos del DEC, Tomo V*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 221-238.
- Ortiz, A; Femat, M.L.P. y Rojas, E.G. (2020). “El campo de la salud mental: reformas paradigmáticas, medicalización y comunidad”, *Salud Problema*, Núm. 26: 109-131.
- Rajkumar, R.P. (2020). “Attachment Theory and Psychological Responses to the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review”, *Psiquiatria Danubina*, vol. 32, Núm. 2: 256-261.
- Roy, D. *et al.* (2020). “Study of Knowledge, Attitude, Anxiety & Perceived Mental Healthcare Need in Indian Population during COVID-19 Pandemic”, *Asian Journal of Psychiatry*, Vol. 51: 1-7.
- Roychowdhury, D. (2020). “2019 Novel Coronavirus

- Disease, Crisis, and Isolation”, *Frontiers in Psychology*, Vol. 11: 1-6.
- Saraceno, B. ([1995] 2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- Saucedo, I. (2002). “De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones: los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia doméstica”. En: Urrutia, E. (ed.) *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género*. México: Colegio de México, 265-288.
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2020). Información sobre la violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911. Centro Nacional de Información. Información con corte al 30 de septiembre de 2020. <https://www.gob.mx/sesnsp/articulos/informacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-incidencia-delictiva-y-llamadas-de-emergencia-9-1-1-febrero-2019> (consulta 1 de diciembre de 2020).
- Seligman, M. (1992). *Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Sheng, W.H. et al. (2020). “SARS-CoV-2 and COVID-19”, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, vol. 53, Núm. 3: 363-364.
- SSA (2013). *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Stawicki, S. et al. (2020). “The 2019-2020 Novel Coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) Pandemic: A Joint American College of Academic International Medicine-world Academic Council of Emergency Medicine Multidisciplinary COVID-19 Working Group Consensus Paper”, *Journal of Global Infectious Diseases*, vol. 12, Núm. 2: 47-93.
- UNWOMEN (2020). COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls> (consulta 5 de noviembre de 2020).
- Wa-Mbaleka, S. y Pedro Costa, A. (2020). “Qualitative Research in The Time of A Disaster like COVID-19”, *Revista Lusofona de Educacao*, vol. 48, Núm. 48: 11-26.
- WomenNow (2020). Las consecuencias psicológicas de la pandemia son peores en mujeres que en los hombres. <https://www.womennow.es/es/noticia/consecuencias-psicologicas-pandemia-coronavirus-mujeres/> (consulta 3 de agosto de 2020).
- Yamaguchi, K. et al. (2020) “Role of Focusing on The Positive Side during COVID-19 Outbreak: Mental Health Perspective from Positive Psychology”, *Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, vol. 12, Núm. S1: 49-50.
- Yuen, K.S. et al. (2020). “SARS-CoV-2 and COVID-19: The Most Important Research Questions”, *Cell & Bioscience*, vol. 10, Núm. 1: 1-5.
- Žižek, S. (2020). *Pandemic! COVID-19 Shakes The World*. New York: Polity Press.