



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

**GÉNERO
Y SALUD
en cifras**



Narrativas de las mujeres que padecieron cáncer de cuello uterino y la atención en los Servicios de Salud de la Ciudad de México

Elizabeth Soledad Pérez Velázquez
Liz Hamui Sutton

La salud mental de profesionales en tiempos de
Pandemia (COVID-19)

Nancy Rodríguez Santos
Arturo Salazar Campos

Secretaría de Salud

Género y salud en cifras

Vol. 19 Núm. 2

Mayo-agosto 2021

SECRETARIO DE SALUD

Dr. Jorge Alcocer Varela

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

CONSEJO DIRECTIVO

Karla Berdichevsky Feldman

Norma A. San José Rodríguez

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Oliva López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Luis Botello Lonngi

SECRETARÍA TÉCNICA

María Soledad García Chávez

Tzitzik Janik Valle Huerta

Comentarios y correspondencia:

revistacnegr@salud.gob.mx

janik.valle@salud.gob.mx

Género y salud en cifras, año 19, núm. 2, mayo-agosto 2021, es una publicación cuatrimestral de la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Avenida Marina Nacional 60 Piso 11, Colonia Tacuba, Miguel Hidalgo, Ciudad de México, CP. 11410, Ciudad de México, México, cnegr.salud.gob.mx. Edición: Tzitzik Janik Valle Huerta. Arte y diseño: María Adriana García Hernández. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2015-100713452600-203. ISSN: 2448-7058.

Responsable de la última actualización de este número: Benjamín Hernández Iturbe, Soporte General de Informática del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Avenida Marina Nacional 60 Piso 11, Colonia Tacuba, Miguel Hidalgo, Ciudad de México, CP. 11410, Ciudad de México, México Tel. +(55) 2000 3500, ext. 59176.

Los materiales publicados son responsabilidad de las personas autoras. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos Periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Presentación

Mtra. Norma A. San José Rodríguez
Directora de Género y Salud

Artículos

Narrativas de las mujeres que padecieron cáncer de cuello uterino y la atención en los Servicios de Salud de la Ciudad de México

5

Elizabeth Soledad Pérez Velázquez
Liz Hamui Sutton

La salud mental de profesionales en tiempos de Pandemia (COVID-19)

17

Nancy Rodríguez Santos
Arturo Salazar Campos

Para compartir

30

Descifr3mo5

36

Notigénero

46

Invitación para publicar

50

Presentación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las determinantes sociales como “las condiciones socio económicas en las que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen”, éstas influyen en el estado de salud de individuos, familias y comunidades. La importancia de poner sobre la mesa estas características, a menudo invisibles en las estadísticas, ayuda a trazar estrategias y políticas públicas acordes con las necesidades y características que la población requiere.

Comprender las formas en que la atención a la salud está ligada a la manera de entender este concepto, por un lado y, por el otro, a categorías socioculturales como el género, la dimensión emocional, sociocultural, entorno familiar, economía, etc. es fundamental para la Secretaría de Salud. Por ello, en este número buscamos exponer dos artículos que abonan al conocimiento del proceso de detección, atención y tratamiento de dos malestares que, actualmente, ocupan un porcentaje importante en la estadística de salud nacional: el cáncer cérvico uterino y el estrés laboral en personal de salud.

En nuestro primer artículo, **Narrativas de las mujeres que padecieron cáncer de cuello uterino y la atención en los Servicios de Salud de la Ciudad de México**, de Elizabeth Soledad Pérez Velázquez y Liz Hamui Sutton, se presentan los resultados de un estudio cualitativo en el que se visibilizan las formas en que las mujeres que vivieron tratamientos para cáncer cérvico uterino (CaCu) construyeron formulaciones teóricas basadas en su realidad.

Estudiar la dimensión social de la enfermedad ayuda a trazar estrategias acordes a las distintas formas de entender, atender y vivir el cáncer. Por lo cual, este artículo es de vital importancia para comprender las diferentes aristas sociales y emocionales construidas por las mujeres a través del género, imaginarios culturales y cargas ideológicas que se suman al transitar por una enfermedad, a menudo asociada a la muerte.

Esta información abona al reconocimiento de determinantes sociales que contribuyen o no a una detección oportuna, así como a un tratamiento adecuado que elimine sesgos causados por construcciones que poco o nada tienen que ver con la realidad.

En este sentido, los padecimientos y enfermedades derivadas de la pandemia actual también se ven influidos por contextos socioculturales; en los que la incertidumbre causada en el ámbito laboral, sobre todo en las personas que trabajan en la primera línea contra esta enfermedad, está aumentando un problema preexistente, como lo es el estrés laboral y todo que deriva de él.

El aspecto emocional del impacto de la pandemia entre quienes laboran en el ámbito de la salud representa una paradoja, en la que la persona profesional de la salud enferma en la misma medida que ésta sana a su paciente. El personal médico, de enfermería, personas encargadas de trámites administrativos, de camillas,

terapeutas y otras especialidades padecen los estragos de un sistema de salud con sobrecarga, en un contexto en el que ya predomina la incertidumbre.

El personal sanitario vive situaciones que le hace más propenso a desarrollar alteraciones mentales como el síndrome de burnout, la depresión, estrés postraumático, entre otros. El artículo **La salud mental de profesionales de la salud en tiempos de pandemia (COVID-19)**, de Nancy-Rodríguez-Santos y Arturo-Salazar-Campos, reflexiona acerca del impacto ocasionado por la pandemia debido a la COVID-19 en la salud mental de quienes trabajan en el sector salud.

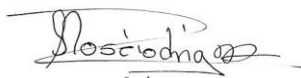
Para nuestra sección **Descifr3mo5** presentamos un resumen graficado de los resultados contrastados del "Reporte de calidad de vida y desgaste profesional del médico: México" y el "Reporte de satisfacción profesional, práctica médica en tiempos de COVID-19 y calidad de vida: México 2020", elaborados por Medscape, que si bien son sólo una representación de las cifras nacionales, muestran un enfoque del desgaste y satisfacción profesional, así como de las características del día a día del personal médico del país.

En estos observamos las afectaciones en estos rubros que crecieron exponencialmente con la pandemia actual. De acuerdo con estos reportes, el 85 por ciento de quienes trabajan en medicina manifestaron que los síntomas de desgaste emocional aumentaron ante la emergencia mundial por COVID-19. Asimismo, se muestran las razones por las cuales, aun en 2020, el 70 por ciento del personal médico refirió no estar en la búsqueda de ayuda para tratar este malestar.

Ante estos resultados, en nuestra sección **Para compartir** quisimos aportar instrumentos para la detección del nivel de estrés laboral, sus causas; así como documentos que abonan a la atención y tratamiento de este malestar (síndrome de burnout o desgaste ocupacional) que en 2019 apareció en el lugar 11 de la lista de clasificación de los padecimientos más frecuentes.

Este cuatrimestre, en **Notigénero**, nuevamente compartimos con ustedes noticias nacionales que acontecieron en este periodo, relacionadas con derechos humanos, género y salud y otras que consideramos de gran importancia para abonar al reconocimiento de la universalidad del derecho a la salud.

Agradecemos a las personas autoras que colaboraron para este número y les invitamos a contribuir con nosotras aportando artículos que abonen a la relación de salud, género, interculturalidad y la protección de los derechos de las personas con discapacidad.



Mtra. Norma A. San José Rodríguez
Directora de Género y Salud

Narrativas de las mujeres que padecieron cáncer de cuello uterino y la atención en los Servicios de Salud de la Ciudad de México

Elizabeth Soledad Pérez Velázquez

Maestrante en Trabajo Social, por la Universidad Nacional Autónoma de México
elisolcm@gmail.com

Liz Hamui Sutton

Secretaria de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la UNAM
lizahamui@gmail.com

Palabras clave: *Cáncer de cuello uterino, mujeres, narrativas del padecer, servicios de salud, género.*

Resumen-Introducción

Se presentan los resultados de un estudio cualitativo, realizado a mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de cuello uterino (CaCu). En sus narrativas, ellas describen sus vivencias en el transcurrir de su enfermedad, como un medio que les permite acceder a la expresión e interpretación de la complejidad de su experiencia, en su detección y contacto con los servicios de salud.

Aun cuando los datos de esta investigación no se pueden generalizar; los estudios cualitativos realizados a profundidad visibilizan problemas que en la estadística no aparecen.

Método

En 2019 se realizaron 5 entrevistas cualitativas a mujeres que padecieron CaCu y recibieron tratamiento en la Ciudad de México; estas entrevistas se analizaron desde el enfoque de las narrativas bajo el referente de la teoría fundamentada.

Resultados

Las mujeres entrevistadas no tenían conocimientos claros sobre el CaCu; sin embargo, por ser en su mayoría beneficiarias de programas de apoyo social, acudían regularmente a realizarse chequeos médicos sin que en ninguno de los casos se detectara oportunamente.

Conclusiones

A diferencia de diversos estudios previos que exponen que las mujeres no acuden a tiempo a realizarse sus pruebas de detección de CaCu, las entrevistas realizadas, dan muestra de la existencia de un área de mejora, en la detección oportuna por parte del Sistema Nacional de Salud. Por lo que es necesario revisar y reforzar el proceso de detección y atención del CaCu.

Introducción

El cáncer de cuello uterino (CaCu) es curable cuando se detecta a tiempo y es el único cáncer de la mujer que puede prevenirse al 100%; a pesar de ello, los datos de la Secretaría de Salud¹ dan muestra de que, actualmente, en México, es la segunda causa de muerte en las mujeres mexicanas mayores de 25 años por neoplasia maligna, ocasionando anualmente más de 4,500 muertes, sólo antecedido por el cáncer de mama.

Datos de la Organización Panamericana de la Salud² (OPS) señalan que, en el año 2012, de las casi mil millones de mujeres en el mundo entre 30 y 49 años de edad, la mayoría no se habían realizado la prueba de detección de CaCu, ni una vez en su vida. Datos similares, obtenidos en México, acorde a la Encuesta Nacional de Salud del año 2013³, muestran que en mujeres mayores de 25 años sólo una de cada dos se ha realizado una prueba de detección de CaCu.

En diversas investigaciones se da énfasis a las causas por las que las mujeres no acuden a realizarse sus pruebas de detección^{4,5,6}, entre las que se encuentran: 1) falta de conocimiento sobre la enfermedad, 2) miedo al cáncer y 3) los problemas relacionados al procedimiento como miedo, vergüenza, incomodidad y 4) falta de tiempo; estos resultados han atribuido la responsabilidad de la enfermedad a las mujeres.

Por lo que este trabajo buscó, en un primer momento, conocer cuáles eran las razones por las que las mujeres se realizaban tardíamente las pruebas para detectar las lesiones precursoras del CaCu, esto se fundamentó en el análisis documental previo al inicio

de la investigación; sin embargo, durante el transcurso de ésta fue necesario replantear ese objetivo, para no iniciar desde un prejuicio y percibir la manera en que las mujeres que han padecido CaCu lo significan. Con esta finalidad se recuperan las narrativas del padecer para el análisis de la información proporcionada por las mujeres en las entrevistas, ya que se busca comprender desde su intersubjetividad cómo expresan significaciones construidas socialmente, acerca de su enfermedad y lo que rodea este padecer.

El objetivo es describir y analizar, por medio de las narrativas, la construcción de significados sociales acerca del cáncer de cuello uterino en mujeres que lo han vivido, con énfasis en su detección y contacto con los servicios de salud.

Metodología

De mayo a octubre de 2019 se entrevistó, cara a cara, a 5 mujeres. La guía de entrevista se realizó tomando como referente el cuadro de categorías apriorísticas de Cisterna⁷, lo que permitió establecer categorías y subcategorías para el análisis de la información. Se transcribieron las entrevistas y se llevó a cabo la codificación de la información en el programa Word, posteriormente se hizo un árbol de categorías en el programa Excel.

Las participantes de este estudio ya habían culminado con su tratamiento para CaCu, lo cual aportó información sobre toda la trayectoria de su padecer. Se contactaron por medio de un informante clave en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, quien, con previa autorización de las mujeres, brindó nombres y

números de teléfono. La participación de las entrevistadas fue voluntaria, otorgando su consentimiento verbal en las grabaciones.

Los criterios de inclusión fueron: 1) ser persona que haya padecido CaCu, 2) que viva y lo haya padecido en la Ciudad de México y 3) que decida participar voluntariamente en este estudio. Los criterios de exclusión fueron: 1) mujeres que se encuentren actualmente en tratamiento por esta enfermedad y 2) mujeres que hayan padecido CaCu que no vivan en la Ciudad de México.

La elección del marco contextual es relevante, debido a que, como lo resalta McKelligan⁸, la Ciudad de México permite el acceso a múltiples dimensiones espaciales (con lugares heterogéneos, contradictorios e inclusivos) que brindan o restringen la vivencia de las mujeres, es el lugar en donde ellas se construyen y re-significan en una relación dialéctica.

El análisis de la información se realizó desde el enfoque de las narrativas, ya que es un proceso que permite la co-construcción de sentido, a partir del lenguaje y la interpretación, como una ventana para percibir un fenómeno más amplio⁹. Esto implicó en un primer momento, comprender el concepto de experiencia, pues es en ella donde se registran todas aquellas interacciones con la vida cotidiana y, es donde subyace, el resultado de estas mediaciones que tienen las personas con su realidad¹⁰. Para acceder a la experiencia, se recurre al relato, como un medio de conocimiento que comprarte la persona, quien elabora una primera interpretación de su realidad.

Posteriormente, organiza y jerarquiza ideas, creencias y emociones, para en seguida, verbalizar todo lo vivido; esto resulta en la re-significación de sus experiencias previas y, dota de sentido a su historia personal; es en este discurso, donde se configura un posicionamiento ante lo vivido. Pues en las formaciones discursivas, es donde se tiene el acercamiento más próximo a la experiencia vivida por las mujeres¹⁰.

A lo largo de este estudio se realizaron tres tipos de preguntas 1) de investigación, 2) de guía de entrevista, y 3) analíticas¹¹. La información obtenida de ellas se organizó de acuerdo a la teoría fundamentada, pues a partir de ella se pueden construir propuestas teóricas basadas en los datos obtenidos. Charmaz¹² define a la teoría fundamentada como el conjunto de métodos inductivos sistemáticos que permiten realizar investigaciones cualitativas para el desarrollo de la teoría. Esta teoría es flexible, por lo tanto, está en permanente construcción. Y posibilita, contrastar categorías que emergen en la investigación con otras teorías existentes; su carácter inductivo permite construir formulaciones teóricas basadas en la realidad que expresan las mujeres, así como, los significados que le dan.

En consecuencia, este trabajo se hizo desde el enfoque cualitativo bajo el paradigma interpretativo-comprensivo ya que pretendió percibir la manera en que las mujeres significan el CaCu y los efectos que tienen las connotaciones de su narrativa en sus prácticas de autocuidado.

¹Surge en la Escuela de Chicago en 1967, y se considera como sus fundadores a Barney Glaser y Anselm Strauss.

Resultados

Después de organizar y analizar la información de las entrevistas, surgieron las siguientes categorías que se desarrollan a continuación:

Característica	Lluvia	Ana María	Francisca	Gabriela	Zamira
Edad	62 años	59 años	61 años	36 años	44 años
Escolaridad	Sin estudios	5to de primaria	Secundaria	Preparatoria	Doctorado
Número de parejas sexuales	3	2	3	2	3
Ocupación	Modista	Ama de casa	Se dedica al hogar	Maquila botargas en casa	psicoterapeuta
Religión	Católica	Cristiana	Testigo de Jehová	Ninguna	Católica
Número de hijas y/o hijos	3	6	4	2	0
Edad de la primera relación sexual	13	18-20	Antes de los 13	18	22

A continuación, se presentan las categorías analíticas sobre su vivencia del padecer CaCu.

Origen de la Enfermedad

No, nunca culpé a mi pareja, porque sabía que no es por transmisión sexual, ¿verdad? (Francisca, 2019)

No, nunca le reclame a mi marido, al contrario, a veces me decía que me lo habían pagado otras personas, que por andar de canija (Ana María, 2019).

El agente etiológico de este CaCu es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), transmitida exclusivamente por vía sexual; por lo que, es ineludible hablar acerca de cómo las mujeres han estructurado explicaciones en relación al origen de esta enfermedad y su ejercicio de la sexualidad. En algunas se identificó desconocimiento al no tener la certeza de haberse contagiado por medio de las relaciones sexuales con su esposo o pareja sexual.

Lo que muestra una educación sexual familiar y escolar restrictiva, misma que hubiera brindado herramientas y conocimientos para el cuidado de su salud sexual, con repercusiones en la planificación, negociación del uso del condón y/u otros métodos anticonceptivos en su vida sexual afectiva. Además, visibiliza la deficiencia de la comunicación e información sobre su enfermedad, pues al haber sido diagnosticado el padecimiento y estar en contacto directo con personal de salud, se asumió que las dudas existentes en ellas en referencia a este padecer, fueran mínimas.

Esto se debe a dos posibilidades, la primera, es que la información que proporcionó el personal de salud, fue poco comprensible para las mujeres, al no estar familiarizadas con el lenguaje médico y que el personal de salud no se ocupó de hacerlo entendible para las usuarias; la siguiente posibilidad es que el personal de salud no proporcionó la información completa sobre su enfermedad a las mujeres. Además de existir diversos sesgos, como puede ser el de género, que permea el informar objetivamente a las mujeres¹⁶, esto se observó en la narración de Gabriela, que describe como el manejo de la información, busca minimizar las preguntas y/o problemas dentro de las parejas:

... bueno yo estoy segura que me infecté de VPH por transmisión sexual. Yo fumo, entonces, ya después me dicen los doctores, bueno... puede ser por fumar o puede ser por esto otro, y el otro y aquello... ...él (su pareja) nunca lo aceptó. Simplemente un día me dijo: bueno, ya está ¿no?, ya está, estoy contigo, te apoyo, no fui yo, es porque fumas y de ahí se agarró, es porque fumas... (Gabriela, 2019)

La evidencia permite observar que, la mayoría de las mujeres no tuvieron más de tres compañeros sexuales a lo largo de su vida, por lo que se consideró, que estas relaciones fueron estables. Lo que admite desmitificar una creencia que se tiene muy arraigada en el imaginario cultural, cuando se relaciona el CaCu con promiscuidad sexual, esto se fundamenta en las narrativas de las mujeres entrevistadas, por el número de parejas sexuales, sus relaciones fueron estables. Por lo que, como lo reporta la literatura médica, el sólo hecho de tener vida sexual activa, hace que seas persona en riesgo de infección por VPH.

Yo creo, bueno, yo estoy bien segura que me contagió mi última pareja, porque siempre fui muy cuidadosa. Y pues sí, mi última pareja tenía un serio problema con la fidelidad y entonces supongo que, por ahí, porque de ahí en fuera, no tengo ningún otro dato y además siempre he sido muy cuidadosa con eso (Zamira, 2019).

En las mujeres que supieron con claridad la causa de su enfermedad, refirieron la pérdida de confianza con su pareja, pues ésta se construyó a partir de la fidelidad como una forma de cuidado de la pareja. Debido a la historia natural de la enfermedad no se puede determinar quién fue la pareja que las contagió, sin embargo, la culpa es vertida en la última pareja. Al ser mujeres que regularmente se realizaron estudios de detección, infieren que se contagiaron por la pareja que tenían al momento de su diagnóstico.

El CaCu es un padecimiento con una gran carga ideológica al ser transmitido por vía sexual, lo que involucra diversos elementos actitudinales en correspondencia

con esta representación, en él se manifiesta, como operan los mandatos de género¹³, en donde la mujer no siempre puede gestionar el uso del condón, porque está poniendo en duda la fidelidad de su pareja y en el hombre es, hasta cierto punto, permisible la infidelidad.

Durante las entrevistas, las mujeres manifestaron que no vivieron ningún tipo de rechazo social o familiar evidente por la enfermedad. Esto al contrario de lo que mencionan estudios como el de Arellano y Castro¹⁵, quienes mencionan que, las mujeres prefieren no socializar su diagnóstico, pues el CaCu, es una enfermedad con un estigma negativo, al estar relacionado con una infección de transmisión sexual. Por lo que, es uno de resultados menos esperados, ya que las cinco entrevistadas manifestaron no haber ocultado su enfermedad.

No a nadie le oculté mi enfermedad, ni a los vecinos, hasta ellos me apoyaron (Ana María, 2019).

Esto puede obedecer a un cambio en la valoración de esta enfermedad, ya que tradicionalmente se ocultaba. Sin embargo, también puede ser debido a lo que menciona en su estudio Hidalgo-Martínez⁴ quien encontró que se considera propio de las mujeres, disociándolo de las prácticas sexuales. Esto, además de un desconocimiento profundo de la enfermedad, como ya se mencionó previamente, implica una visión reduccionista del papel de la pareja en la transmisión de la infección. Así como un acortamiento de la carga moral negativa al no asociarlo con una infección de transmisión sexual.

Las mujeres, al desconocer el origen de la enfermedad, buscan explicar las causas de su padecer, recurriendo a sus creencias e imaginarios, los cuales están imbricados con su contexto cultural, así, en algunas de ellas se observó, que no preguntaban más allá de lo que el personal médico le explicaba, además de manifestar algunas ideas erróneas acerca de este padecer, como creer que la enfermedad era hereditaria:

Le digo a mi hija, le pasó a tu abuelita, a tu tía Silvia, a tu tía Gloria, ahora yo, pues toda la familia, ipues ya será herencia! (Ana María, 2019).

Sin embargo, más allá del desconocimiento de las mujeres que lo han padecido, y de lo relevante que resultó, que quienes han cursado por todo este proceso, no cuentan con la información clara en relación a su padecer.

Detección y Diagnóstico

Las cinco mujeres manifestaron realizarse el estudio de detección de manera periódica:

Yo me hacía cada año el Papanicolaou (Francisca, 2019).

Pues iba yo cada año... Iba aquí, en el metro Zapata, donde lo hacen, y te dan una tarjetita. Si, ahí iba yo cada año (Luvia, 2019).

De hecho, cuando iba hacerme la prueba me decían, ¿pero de verdad? Si claro, necesito hacerlo, o sea yo en esa parte, es de a ver, de todos los estudios que se necesitaran hacer, cada seis meses me checaba (Zamira, 2019).

Al cuestionarlas acerca del procedimiento, las mujeres expresaron que, aunque les resultaba incómoda esta prueba, la consideraron necesaria. Unas para el cuidado de su salud y otras para la obtención del apoyo gubernamental mensual que recibían por medio de programas sociales; los cuales brindan recursos económicos y servicios, a las familias que viven en situación de pobreza y vulnerabilidad. El acceso a ellos está condicionado por la asistencia a talleres de alimentación, salud y educación¹⁴.

Pese a todo esto el personal de salud tuvo dificultades para identificar el CaCu; las mujeres manifestaron diversas molestias en sus cuerpos, pero en una y otra ocasión, el personal de salud confundió sus síntomas con menopausia, infecciones de transmisión sexual u otras enfermedades.

Y me dijo el doctor que mi sangrado era por la menopausia, que era normal. Le dije, doctor estoy sangrando, y me dijo "es normal". Y así, deje pasar un año, dos años... Pues no entiendo el motivo, de por qué no recibí la atención a tiempo, el doctor dijo que era normal, y todavía ahí sigue de jefe. ¿Cómo es posible? (Francisca, 2019).

Yo iba al doctor y me dijeron que lo que tenía era normal (Luvia, 2019).

Por lo que esta investigación pone en evidencia, desde la vivencia de las mujeres, el desconocimiento del personal de salud sobre cómo detectar, diagnosticar y tratar esta enfermedad:

Los médicos si insinuaron hacerme histerectomía, me dijeron: bueno, ya por tu edad no creo que quieras tener hijos ¿verdad?; Y yo les respondí: ¿por qué?; los médicos respondieron: no, bueno, es que una forma de prevenir...Y yo les pregunté, si me quita la matriz ¿cómo va a reemplazar hormonas?, porque no tengo 50 años para empezar con problemas hormonales. Y entonces ellos mismos, dudaron, y les reafirme, bueno, si hay alguna razón médica nada más díganme. Pero también necesito que me hable de reemplazos hormonales; en ese momento los mismos médicos tampoco supieron qué contestarme (Zamira, 2019).

En el relato de Zamira se explicó la divergencia que existe en relación a las demás mujeres entrevistadas. Sus conocimientos, significaciones y actitudes frente al personal de salud, responden a su construcción vital, al ser hija de médico y enfermera, con formación especializada en psico-oncología, contó con capitales muy diferentes para afrontar este padecer, se recupera a Hamui¹⁷ en su ejemplo de la relación personal médico-paciente donde explica cómo las interacciones sociales son atravesadas por relaciones de poder y en donde se esperaría una asimetría por los saberes específicos de cada profesión; Zamira se posicionó como una persona con estudios profesionales similares a los de sus médicos y médicas tratantes y estableció una relación significativamente diferente con este personal a la generalidad de las personas.

Fatalidad

Pues no le tengo miedo a la muerte, pero, en ese momento, cuando tuve cáncer, sí (Francisca, 2019).

Sientes que el cáncer en un día te va a avanzar muchísimo, sientes que es un avance a pasos agigantados, cuando no es tan así ¿me entiendes? (Gabriela, 2019).

Las mujeres refirieron un sentimiento de vulnerabilidad al expresar su temor a la muerte, integrando en la representación de su enfermedad este concepto. Esto fue un reflejo de cómo un acontecimiento vital modificó, con su irrupción, su vida cotidiana, al resignificar conductas y actitudes con su cuerpo, su sexualidad, su familia, su trabajo, etc. E incorporar imaginarios fatalistas dentro de su campo de representación. Estas construcciones que han elaborado las mujeres son la combinación de significados personales y sociales que se le han atribuido históricamente a la palabra cáncer.

Me da miedo que vaya a regresar el cáncer, yo siento que, si me vuelve a dar, ya no me levanto, ahora sí (Ana María, 2019).

Son cosas que empiezas a ver así de, disfruta porque puede que ya no lo disfrutes en un tiempo, o sea, puede ser que en un año ya no estés aquí. Pero es difícil poderlo disfrutar porque en tu mente siempre está, te vas a morir, entonces ¿Cómo disfrutas? (Gabriela, 2019).

La relación cáncer-muerte está anclada en el imaginario colectivo. Pues las mujeres aún con la información proporcionada sobre

su tratamiento, y después de pasar por él, manifestaron un temor latente. Esta percepción de fatalidad está asociada a la sensación de vulnerabilidad o angustia existencial por la finitud.

Me dijeron que tenía cáncer y tenían que quitar la matriz, me dijeron, si se quiere salvar, si no pues quédese así (Ana María, 2019).

Pero no podemos seguir esperando, en tu caso no podemos esperar, porque puede complicarse un poquito, entonces te vamos a hacer la histerectomía, te vamos a quitar la matriz (Gabriela, 2019).

No, pues, sentí re feo, Ay no puede ser, no puede ser, si siempre me he cuidado... Y ya quería que me operaran, andaba muy desesperada porque me dijeron que era muy agresivo, así lo manejaron (Francisca, 2019).

Lo más difícil es echarle ganas, pero no nos queda de otra, si quiere uno seguir vivo, hay que meterse a tratamiento (Luvia, 2019).

Las mujeres al momento de iniciar su tratamiento manifestaron tener mucho miedo al no saber qué iba a pasar con su vida, ante esto, buscaron respuestas en sus propias construcciones de significados acerca de esta enfermedad. El desconocimiento, la falta de empatía e información del personal de salud, es algo que propicia en ellas mucha incertidumbre y angustia.

Con el miedo siempre, o sea ese miedo siempre va a estar, así me acaben de hacer la prueba de papiloma, a los días ya estoy pensando ¿y si regresa? Porque no te regresa de inmediato, puede tardar años y regresar (Gabriela, 2019).

Al momento de la entrevista las cinco mujeres habían concluido con su tratamiento y sólo acudían al consultorio médico por visitas programadas dentro de su seguimiento, en esta etapa, se asume que las mujeres saben que no se encuentran en riesgo de muerte, sin embargo, el miedo persiste. Esto aún con la información de sus médicas y médicos, y que, continuamente, como parte de su autocuidado, se realizan los exámenes pertinentes. El miedo a morir, a dejar a sus hijas e hijos, es una idea sumamente anclada en el imaginario colectivo.

Es necesario resaltar que las mujeres entrevistadas, al atenderse en instituciones públicas de salud, accedieron a la gratuidad de su detección, diagnóstico y tratamiento del CaCu. Lo que disminuyó, en gran medida, la incertidumbre del costo económico que implica diagnosticar y tratar esta enfermedad. Esto atiende a lo solicitado por la OMS, y a los gobiernos: garantizar el acceso igualitario a la salud, para mejorar la calidad de vida de las mujeres¹⁸.

Las mujeres manifestaron en sus narrativas realizarse sus estudios de detección de manera regular, ya sea por iniciativa propia o como parte de la gestión de acceso a beneficios socioeconómicos gubernamentales. Se percibió que la información y atención brindada por parte de los servicios de salud no fue accesible, clara, ni oportuna.

En este apartado se aborda cómo las mujeres recurrieron a conceptos y significaciones que les eran familiares para explicarse esta nueva realidad, y así incorporarla en su cotidianidad. En ellas no se percibió una carga moral negativa respecto a esta enfermedad, ya sea por falta de información o

acceso pleno a ella. El miedo a morir es algo transversal en las mujeres entrevistadas, esto condicionó sus actitudes y comportamientos, lo que pudo paralizarlas para actuar a favor de su salud, y aunque las mujeres ya no padecen esta enfermedad, el miedo a que “regrese” es permanente. Todas las mujeres entrevistadas están en la etapa de seguimiento de su enfermedad, lo que implica que ya terminó su tratamiento, el cual fue gratuito al atenderse en las instituciones públicas de salud.

Discusión

Es fundamental que las mujeres que cursan una enfermedad como el CaCu reciban y razonen la información sobre su padecer, que les permita disminuir su angustia y sensación de fatalidad ante su enfermedad. Las mujeres están en una relación asimétrica frente al personal de salud, lo que las cohibe a preguntar sus dudas; por lo que, es imperante mejorar la calidad de la atención, a través de la orientación y asesoría, promover la prevención de esta enfermedad y garantizar la capacidad técnica del personal que toma la muestra, así como el procesamiento de las pruebas para que las acciones de detección cumpla con los estándares de calidad requeridos, las instituciones de salud deben adquirir el compromiso de entrenar y capacitar al personal de salud sobre la historia natural de la enfermedad, sus signos y síntomas, lo que permitirá un diagnóstico certero y oportuno de la enfermedad.

En este sentido se coincide con lo expresado por Tamayo et al⁶, quien, desde una mirada inductiva, planteó que el escaso conocimiento que tienen las mujeres sobre el

CaCu, sus causas y su prevención, es consecuencia también de la falta de información y conocimientos de quienes prestan servicios de salud.

Es relevante traer a esta discusión el artículo de Chapa¹⁵ sobre género y salud. En él, se señala que la aparición de enfermedades son producto de la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social, de esta forma, mujeres y hombres tienen imbricadas en sus estructuras, atribuciones que deben representar y reproducir como una serie de comportamientos establecidos de acuerdo con su género, estos mandatos culturales, perfilan y limitan el desarrollo de las enfermedades, por medio de las opresiones de género. Los resultados de la presente investigación coinciden con lo manifestado por la autora, ya que, en las narrativas de las mujeres, se evidenció, como estos condicionamientos socioculturales se manifestaron, al asumir roles que se espera de ellas tradicionalmente, como el ser sumisa, abnegadas y estar al cuidado de otras personas, y dejar el poder de decisión sobre sus cuidados reproductivos y de salud en las demás.

Lo anterior permitió que se vulnerara su bienestar. Esto aunado al papel de la precaria calidad de los servicios de salud, que influye como barrera estructural, en lugar de facilitar la toma de decisiones consciente e informada, como se muestra en los resultados de esta investigación, donde se visibilizó la transferencia de significaciones por parte de este personal hacia las mujeres, mediante su falta de empatía y sensibilidad, desconocimiento de la enfermedad, falta de capacitación en los procesos de detección y diagnósticos.

En el caso de este estudio, lo anterior, favoreció el progreso de

la enfermedad en las mujeres, de una infección por VPH a cáncer. En este sentido, esta investigación encontró que las mujeres acuden regularmente a realizarse su prueba de detección, y es en los servicios de salud donde recae la responsabilidad de este padecer. En consecuencia, se coincide con lo planteado, por Hidalgo-Martínez⁴ de brindar educación y sensibilización para los prestadores de servicios de salud, así como mecanismos de capacitación y acreditación para el personal responsable de la toma y proceso de la muestra de la prueba de detección de CaCu.

Aun cuando los datos de esta investigación, no se pueden generalizar, los estudios cualitativos a profundidad, visibilizan problemas que en la estadística no aparecen. Es así que estos resultados, pueden llevar a plantear nuevas interrogantes, por lo que será relevante hacer un mayor énfasis en recuperar la voz de las mujeres desde lo inductivo, ya que al ser una problemática que atañe al ámbito de la salud, es abordada en la literatura, con un gran número de referencias en donde, abundan estadísticas y números; lo que limita la visión acerca de una problemática que se debe analizar de manera holística, pues involucra vidas y transgresiones a esas vidas.

Conclusiones

Resulta un hallazgo significativo de este estudio, que aun con las diferencias sociodemográficas, familiares y culturales, las cinco mujeres se hicieron sus estudios de manera periódica, sus trayectorias de vida, acceso a la información, y circunstancias de vida, son disímiles,

sin embargo, este punto de convergencia, manifestó que no es sólo en las mujeres en quién debe recaer la responsabilidad de la progresión de una infección del VPH al CaCu, ya que ellas realizaron las acciones necesarias para ser detectadas oportunamente.

Las cinco entrevistadas acudían regularmente a realizarse sus estudios de detección, sin embargo, cuatro de ellas tuvieron dificultades para obtener un diagnóstico oportuno. El cual, sólo se dio, ante la insistencia de las mujeres, pues los signos que presentaban daban constancia de que ya cursaban con un cáncer en etapas avanzadas. En la búsqueda de su atención médica, ocurrieron diversas circunstancias que no permitieron su detección oportuna, estas omisiones pudieron ser, desde que, la toma de muestra no contó con la calidad necesaria, y/o hubo errores de interpretación en la citología o falsos negativos en la prueba de VPH, hasta errores en el criterio médico al diagnosticar la enfermedad; lo que hizo posible la progresión de este cáncer.

Esta situación derivó en reposicionar la importancia del papel de los Servicios de Salud en el padecer de las mujeres con CaCu, pues si bien con todo lo mencionado previamente se da cuenta de las áreas de mejora, algo que también fue transversal en las entrevistadas fue el acceso a la gratuidad de la detección, diagnóstico y tratamiento del CaCu, lo que coadyuvó en dar certidumbre a las mujeres, al disminuir su angustia, y permitirles mantener cierto bienestar para evitar un deterioro económico oneroso ante este cáncer, por lo que es necesario mantener y fortalecer este beneficio gubernamental.

Referencias bibliográficas

1. Secretaría de Salud Mortalidad por cáncer de cuello uterino y cáncer de mama. 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/semana-de-sensibilización-del-cancer-de-cuello-uterino-2017>
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. (2016). Cómo se desarrolla el cáncer cérvicouterino. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5521&Itemid=3962&lang=es
3. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer: soluciones al alcance. 2013. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/analiticos/RetosCancerMujer.pdf>
4. Hidalgo-Martínez, A.C. El cáncer cérvicouterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Instituto Nacional de Salud Pública. 2006. Rev. Biomed 17.
5. Urrutia, M.T., Poupin, L., Concha, X., Viñales, D., Iglesias, C., y Reyes, V. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibida por un grupo de mujeres ingresadas al Programa de cáncer cervicouterino. AUGE. 2008. Revista chilena de obstetricia y ginecología, Vol. 73, pp. 98-103
6. Tamayo, L., Chávez, M. y Henao, L. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México). 2009. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 27, pp. 177-186.
7. Cisterna, F. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. 2005. Theoria. pp. 61-71.
8. McKelligan, M.T., Treviño, A.H., y Bolos, S. Representación social de la Ciudad de México. 2004. Andamios, pp. 145-160.
9. Vargas, B. La palabra y el acontecimiento: una dimensión experiencial de la narrativa y el padecer en Narrativas del padecer: Aproximaciones teórico-metodológicas. UNAM. México. 2019. P. 39-71.
10. Hamui L. Narrativas del padecer: Aproximaciones teórico-metodológicas. UNAM. México. 2019a.
11. Hamui L. Seminario de Narrativas del Padecer. Facultad de Medicina. UNAM. México 2019b.
12. Charmaz, K. Grounded theory in the 21st Century. Applications for advancing social justice studies (pp. 507-537). In N. Denzin & Y. Lincoln (eds.). The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition. Thousand Oaks: CA. SAGE Publications. 2005
13. Asociación Mujeres para la salud. 2007. Disponible en: <https://www.mujeresparalasalud.org/asociacion-mujeres-para-la-salud/>
14. Secretaría de Desarrollo Social y Programa de Desarrollo Humano (SEDESOL Oportunidades). Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. México. 2014. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/TransparenciaFocalizada/Programas_Sociales/pdf/oportunidades.pdf
15. Arellano, M.C. y Castro, M.C. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora, 2013. Estudios Sociales XXI pp. 261-278.
16. Chapa, A. Género y Salud. En N. Blazquez y A. Chapa (Coords), "Inclusión del análisis de género en la ciencia" LIBRUNAM 2018. México. pp.15-30
17. Hamui L. Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. Cuicuilco, vol. 52. 2011. México. pp. 51-70.
18. Organización Mundial de la Salud. OMS. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Washington, DC. 2016. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

La salud mental de profesionales de la salud en tiempos de pandemia (COVID-19).



Nancy-Rodríguez-Santos

Maestra en Salud Pública
nrs.salud@gmail.com

Arturo-Salazar-Campos

Investigador y docente de la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo
dr.salazar.biologia@gmail.com

Palabras clave: *Salud mental, profesionales de la salud, pandemia, COVID-19.*

Resumen

El enfoque de este artículo va dirigido a reflexionar acerca del impacto generado por la pandemia debido a la COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras del sector de la salud. Su objetivo principal es describir de forma general el impacto de las condiciones generadas por esta emergencia de salud pública originada por la nueva forma de coronavirus sobre la salud mental de los profesionales de la salud, a partir de una revisión de la literatura científica sobre esta temática.

Introducción

Es indiscutible que la salud mental es una parte inseparable de nuestra salud y que los temas relacionados han atraído la atención de la población, las instituciones y quienes administran, especialmente en este momento de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2. También es cierto que la vida cotidiana de las personas profesionales de la salud en sus actividades de atención está impregnada de preocupaciones, incertidumbres, tensiones y ansiedades. (Esperidião Elizabeth., & Borges SaidelI Maria Giovana., 2019).

En la lucha contra esta enfermedad, el personal de salud puede experimentar problemas de salud; desde esta perspectiva, la pandemia plantea el desafío de cuidar la salud mental del personal sanitario tanto como la de la población en general. Así, el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que enfrenta el país (Lozano, 2020).

Los efectos de la COVID-19 han sido graves en el ámbito de la salud, ligados a millones de personas contagiadas, miles de muertes e indicadores de colapso de los sistemas de atención sanitaria. Lamentablemente, muchas de las consecuencias empezamos a detectarlas recién ahora, después de afrontar las demandas más urgentes; algunas de ellas serán los efectos a mediano y largo plazo de la salud mental de la población, pero también de los principales actores directos en la lucha contra la pandemia, como son las personas profesionales de la salud. (Urzúa Alfonso., & Samaniego. Antonio, & Caqueo Urizar., & Zapata Pizarro, 2020).

Profesionales y salud mental

La salud es un concepto holístico donde se integra lo biológico, lo psicológico y lo social y, a su vez, estos integrantes se interrelacionan entre sí. Podríamos decir que el todo (la salud) es más que la suma de las partes (dimensiones biológicas, psicológicas y sociales) (Collantes et al., 2012).

No existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. En la Segunda sesión del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en salud mental, la cual se llevó a cabo el 11-16 de septiembre de 1950, se definió a la salud mental como «una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales que permiten al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico» (Collantes et al., 2012).

El concepto más aceptado es el que da la OMS, la cual lo define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y satisfactoria y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2020).

Sin embargo, existen otras acepciones más recientes como la que emite la Federación Mundial de la Salud Mental, quien establece que la salud mental es: «el mejor estado posible, dentro de las condiciones existentes, en la medida en que

apunte al despliegue óptimo de las capacidades del individuo, físicas, intelectuales, afectivas, teniendo en cuenta el contexto en que se halla» (Collantes et al., 2012).

Los tipos principales de trastornos de la salud mental que pueden asociarse al trabajo: los trastornos del estado de ánimo y del afecto (p. ej., insatisfacción), el agotamiento, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), las psicosis, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas (Triskier & Agrest, 2015).

En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas. Quienes parecen especialmente proclives pertenecen al sector servicios, como el personal sanitario y los maestros. La ansiedad, sintomatología depresiva, el estrés, insomnio, fatiga por compasión o el burnout han sido experimentados por participantes sanitarios de varios de los estudios expuestos previamente (Marín Arias & Pacheco Tabuenca, 2020).

Cabe destacar que uno de los factores que puede afectar enormemente a la salud mental de profesionales es trabajar un número demasiado elevado de horas y no realizar suficientes descansos. El sueño y descanso es un elemento de vital importancia para preservar una adecuada salud mental y poder realizar trabajo productivo.

El agotamiento es una forma de estrés. Es un proceso definido como una sensación de deterioro y cansancio progresiva con eventual pérdida completa de energía. También va acompañado a menudo por una falta de motivación, un sentimiento que sugiere "ya basta, no más". Es una sobrecarga que tiende, a lo largo del tiempo, a

afectar a las actitudes, al estado de ánimo y a la conducta general. Se trata de un proceso sutil, que se desarrolla lentamente y que a veces evoluciona por fases. Muchas veces no es percibido por la persona más afectada, que es la última en creer que el proceso se está produciendo (Triskier & Agrest, 2015).

Otra de las manifestaciones más comunes de la falta de salud mental en quienes trabajan en la salud es la depresión. El entonces Secretario General de la OMS, en el Día Mundial de la Salud Mental 2012, dijo que la depresión es una crisis mundial, ya que 350 millones de personas la padecen, disminuye la capacidad para hacer frente a los retos cotidianos de la vida y con frecuencia precipita a la pérdida del empleo, además que en el personal de salud afecta la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de quien recibe el tratamiento médico (Saldaña Ibarra & López Ozuna, 2014).

Las personas profesionales del área de la salud son afectadas directamente por convivir y trabajar con enfermedades y los sentimientos en ellas envueltos, que se constituyen en un proceso desgastante y estresante, apareciendo la necesidad de utilizar mecanismos de defensa conscientes o no para que la enfermedad y el sufrimiento de la otra persona no interfieran en su salud psíquica y física; sin embargo, no siempre esos mecanismos son eficientes para el enfrentamiento de esas situaciones.

La presente pandemia ha sido un fenómeno multicausal, que ha afectado a diferentes sectores, así como implicaciones directas en la calidad de vida quienes trabajaban en salud, en la salud ocupacional de las instituciones, en las condiciones de atención ofrecidas, en las condiciones

psicosociales de quienes ofrecen o buscan ayuda, con pérdidas de todo tipo en este escenario, por ende, es esencial tejer el análisis, de manera recursiva y compleja, de los factores responsables del deterioro de la salud mental de estas personas.

La crisis sanitaria es una amenaza de gran proporción tanto para la salud física como para la salud mental y el bienestar de sociedades enteras que se han visto gravemente afectadas por esta crisis, siendo ésta una prioridad que debe abordarse con urgencia (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Por otro lado, en el mundo, hay un despertar para las acciones de salud mental dirigidas a quienes están a cargo de la línea de atención, que son fundamentales dentro del contexto de salud. Se destaca el momento histórico-sanitario de la pandemia, en todo el mundo, con repercusiones en la salud mental de las personas en general y especialmente entre quienes trabajan en salud, que se sienten aún más vulnerables. (Esperidião Elizabeth., & Borges SaidelI Maria Giovana., 2019).

Resulta frecuente que el trabajo desempeñado por profesionales sanitarios en epidemias y pandemias desencadene consecuencias psicológicas negativas en este colectivo. Existen estudios que han analizado la salud mental del personal que ha intervenido en epidemias y pandemias como la del virus del ébola, la gripe A (H1N1) o el virus zika, encontrando que el estrés, la ansiedad, la sintomatología depresiva o el miedo al contagio son problemáticas de salud mental que es frecuente detectar en las personas profesionales que trabajan en estos contextos (Marín Arias & Pacheco Tabuenca, 2020).

En el sector de trabajo mencionado es necesario aumentar su participación en las respectivas entidades de clase y control social para fortalecer la participación política y aumentar los derechos y las condiciones de trabajo. Este posicionamiento se basa en la perspectiva de que el trabajo puede ser un generador de salud, ya que puede proporcionar satisfacción y bienestar; además de reconocer el sufrimiento y la tensión mental que proporciona el mismo trabajo. (Esperidião Elizabeth., & Borges SaidelI Maria Giovana., 2019).

Frente a esta situación crítica, cabe destacar que la salud mental de la población general se ve comprometida, siendo especialmente exacerbada en este sector de profesionales, al tratarse de personas que están en primera línea de la defensa contra el virus; además, pueden ver aumentada su carga de trabajo y su jornada laboral, en algunos casos existe un déficit de material de protección, por lo que pueden estar expuestas de forma directa al propio patógeno, también pueden tener miedo de contagiar a sus familiares y amistades, al igual que pueden sufrir aislamiento y discriminación social, así como ver que pacientes a quienes prestan asistencia se encuentran sin compañía y que un cierto número mueren a consecuencia de la COVID-19.

Por todos estos motivos, las personas trabajadoras del sector salud pueden manifestar agotamiento físico y mental, miedo, trastornos emocionales, problemas de sueño, y presentar altos niveles de ansiedad, depresión, conductas insanas e incluso estrés postraumático, como ocurrió en anteriores brotes (García-Iglesias et al., 2020).

Actualmente, la prioridad es salvar vidas, fortalecer las medidas de salud pública, de higiene y saneamiento; sin embargo, las necesidades emocionales de las personas requieren atención o, de lo contrario, esto puede resultar en una epidemia silenciosa, causando graves daños a las personas, a la sociedad y a la economía (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Una adecuada salud mental es fundamental para el buen funcionamiento de la sociedad, incluso en las mejores circunstancias, y debe ocupar un lugar prominente en las medidas de los países de respuesta a la pandemia de COVID-19 y de recuperación posterior (Naciones Unidas, 2020).

Quienes trabajan en servicios sanitarios han visto cómo sus compañeros y compañeras se han contagiado por el SARS-CoV-2, han fallecido personas en la más triste soledad sin poder ofrecerles cuidados humanizados, otras han sido víctimas de agresión o de estigmatización social, y en gran medida ha visto que sus cargas laborales han sobrepasado los recursos personales. Han manifestado carecer de los suficientes recursos materiales para poder tratar a pacientes con plenas garantías de seguridad y, como consecuencia, su salud mental se ha visto profundamente alterada. Todo ello ha elevado los niveles de estrés, ansiedad y depresión, afectando al ejercicio de sus funciones profesionales, disminuyendo las capacidades de atención, comprensión y toma de decisiones.

Ellos, sin embargo, pese a todos estos condicionantes negativos, no han dejado de prestar sus servicios (Ruiz Frutos & Gómez Salgado, 2021).

Además, existen grupos de población específicos que padecen niveles elevados de angustia psicológica en relación con la COVID-19. El personal sanitario de primera línea y quienes integran los equipos de respuesta inicial han estado expuestos a numerosos factores estresantes; es esencial velar por la buena salud mental de trabajadores sanitarios para mantener la preparación, la respuesta y la recuperación con respecto a la COVID-19 (Naciones Unidas, 2020).

Se ha sugerido que el impacto en la salud mental en quienes laboran en los servicios sanitarios, durante la primera ola de COVID-19, puede haber reducido la capacidad de resiliencia ante las futuras oleadas (Ruiz Frutos & Gómez Salgado, 2021). En un estudio realizado en el año 2014 en personal de primera línea de atención en salud se identificó una prevalencia de 7.56 por cada 100 personas con estudios especialistas de medicina con probables casos de episodio depresivo grave y 27 de cada 100 con episodio depresivo moderado. Cabe hacer mención que esta cifra fue sin una situación epidemiológica como la que se está viviendo hoy en día (Saldaña Ibarra & López Ozuna, 2014).

En ese mismo estudio se menciona que 16.2% de las personas han tenido o tienen depresión mayor a lo largo de su vida y 6.6% en los últimos 12 meses y hace referencia que en México la prevalencia y diagnóstico de la depresión en población adulta, reportan 4.5%, con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) asegura que el estrés es la segunda causa más frecuente

de trastornos de salud relacionados con el trabajo, siendo responsable de entre el 40% y 60% de los días de trabajo perdido (Hespanhol Bernardo et al., 2015).

Las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. Junto con los problemas musculoesqueléticos, los de la salud mental son responsables de alrededor de dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica (Triskier & Agrest, 2015). En Canadá, el 47 % de quienes trabajan en salud indicaron que necesitaban apoyo psicológico. En la República Popular China, este mismo grupo informó de niveles elevados de depresión (50 %), ansiedad (45 %) e insomnio (34 %) y en el Pakistán, numerosas personas trabajadoras de salud señalaron que sufrían una angustia psicológica moderada (42 %) o grave (26 %) (Naciones Unidas, 2020).

Estas cifras parecen estar muy por arriba a los valores de prevalencia de la población en general. Se han realizado estudios en el personal sanitario, durante la fase crítica de la pandemia, arrojando valores cercanos al 40% en la subdimensión agotamiento emocional; a lo que habría que sumar que 9 de cada 10 profesionales consideraban necesaria una atención psicológica en sus centros de trabajo. Todas estas cifras se ven incrementadas en quienes están en primera línea frente al SARS-CoV-2 (Ruiz Frutos & Gómez Salgado, 2021).

El trabajo directo con personas enfermas por esta nueva forma de coronavirus entraña un gran riesgo de contagio. El miedo a dicho contagio, la ausencia de contacto físico con personas que forman parte del

círculo social más cercano y la falta de equipos de protección adecuado han incrementado la prevalencia de problemáticas de salud mental (Marín Arias & Pacheco Tabuenca, 2020).

Sin embargo, sufren un estrés excepcional, se enfrentan a un volumen de trabajo extremo, decisiones difíciles, el riesgo de infectarse e infectar a su familia y su comunidad, y asisten al fallecimiento de pacientes. La estigmatización de este personal es frecuente en demasiadas comunidades. Se ha informado de intentos de suicidio y suicidios de quienes tienen trabajos sanitarios.

Cuando existe una sobrecarga emocional ante la exposición al sufrimiento ajeno de forma continuada en el tiempo, como es el caso, se puede presentar sintomatología y signos afines a la fatiga por compasión. Esta problemática, además de los riesgos psicosociales anteriormente expuestos, puede reducir el rendimiento laboral de las personas afectadas, haciendo del mismo menos efectivo y menos productivo, llegando en algunos casos a plantear dejar el trabajo o abandonar la profesión (Ruiz Frutos & Gómez Salgado, 2021).

Pandemia (COVID-19)

Los coronavirus (CoV) conforman una extensa familia de virus llamada Coronaviridae que pueden causar enfermedades en animales y humanos. En el caso de los humanos, estos coronavirus pueden provocar desde infecciones respiratorias leves (resfriado común) hasta enfermedades más graves como fue el caso del síndrome respiratorio agudo severo (SARS Severe Acute Respiratory Syndrome) en 2003 y del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012. (García-Iglesias et al., 2020).

A finales de 2019, en China apareció una enfermedad causada por un agente zoonótico emergente, en este caso un nuevo coronavirus, al cual se le denominó de las siguientes formas: SARS-CoV-2, 2019nCoV (del inglés 2019-novel coronavirus) o simplemente COVID-19, este virus es capaz de ocasionar un síndrome respiratorio agudo grave, que en algunas personas ocasiona una evolución fatal (Hernández Rodríguez, 2020).

La OMS, en enero de 2020, declaró el brote de este nuevo padecimiento, al cual denominó: la enfermedad COVID-19. Desde entonces fue identificada como una emergencia internacional de salud pública, debido al elevado riesgo de propagación de esta enfermedad a otros países del mundo, además de China. En marzo de 2020, dicha organización decidió identificar a la COVID-19 como una pandemia (Hernández, 2020).

Esta enfermedad ha cambiado nuestro estilo de vida y lo seguirá haciendo, por lo que debemos ser resilientes, cuidar de nuestra salud

mental, la de nuestra familia, la de nuestros pacientes y, en lo posible, la de la comunidad entera (Sarabia, 2020).

Si bien son muchas personas afectadas en una pandemia, el especial interés se debe dirigir a las poblaciones vulnerables: 1) enfermos y sus familias, 2) personas con condiciones médicas preexistentes físicas y/o mentales, 3) quienes trabajan en salud, especialmente personal médico y de enfermería que trabajan directamente con pacientes y población en cuarentena (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Intervención en el personal de salud

Se deben desarrollar planes adecuados de intervenciones psicosociales basados en equipos interdisciplinarios. Algunas medidas generales pueden ser horarios de trabajo más cortos, periodos de descanso regulares y turnos rotativos para aquellos que trabajan en áreas de alto riesgo. La experiencia en The Second Xiangya Hospital, de la provincia de Hunan, nos dice que la mejor forma de prevenir problemas mentales en el personal de salud es brindar un espacio adecuado para que puedan descansar y aislarse momentáneamente de sus familias ofrecer una adecuada alimentación y suministros diarios, facilitar información sobre la enfermedad y sobre las medidas de protección, desarrollar reglas detalladas y claras para el uso y manejo de los equipos de protección, aconsejar sobre técnicas de relajación y manejo del estrés y fomentar las visitas de los consejeros psicológicos a las áreas de descanso del personal de salud para escuchar sus dificultades y brindarle el apoyo necesario (Huarcaya-Victoria, 2020).

Se ha demostrado que la confianza es un aspecto clave del bienestar psicológico, ya que ayuda a mejorar la motivación, el rendimiento y la calidad de la atención. La experiencia de la pandemia de H1N1 en Japón en el 2009, nos sugiere que la confianza entre el personal es un elemento importante para que esté dispuesto a trabajar durante una crisis de salud pública, ya que fomenta mejores interacciones sociales y cooperación (Huarcaya- Victoria, 2020).

Una de las propuestas para mejorar la salud mental en el personal sanitario es la respuesta en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS), establecida por la OMS y a la OPS, para la COVID-19, la cual tiene como objetivo reducir el sufrimiento y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de personas afectadas por la COVID-19, de manera directa o indirecta (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Con el fin de desarrollar un modelo de recomendaciones estratégicas para responder a las necesidades de la población se ha considerado oportuno utilizar como base la pirámide de intervenciones de SMAPS, en la cual en su nivel 4 que corresponde a la punta de la pirámide se encuentra la atención a los servicios especializados, la cual tiene como una de su población meta los equipos de salud en primera línea en el contexto de la COVID-19 que requieran atención en salud mental. La SMAPS establece como medida de respuesta para este grupo específico ofertar acceso para la atención remota en salud mental de psiquiatría, psicología y otras especializadas (modalidades telefónicas o virtuales), establecer

una base de datos o registro de pacientes con el fin de poder dar seguimiento y asegurar sus tratamientos farmacológicos y psicológicos o psicoterapéuticos y diseño de estrategias de intervención especializada en salud mental para personal sanitario que lo requiera (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Cuidados para la salud mental

La incertidumbre, el estrés que conlleva las dificultades en la atención médica durante un brote epidémico como coronavirus (COVID-19), exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario. Realizar actividades de autocuidado y animar a las demás personas a cuidarse mantiene la capacidad de auxiliar a pacientes (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

El equipo de profesionales de la salud durante la pandemia se enfrenta a grandes retos, como son: el desbordamiento en la demanda asistencial, el riesgo de infección no se detiene, equipos insuficientes e incómodos, proporcionar apoyo y atención sanitaria, gran estrés en las zonas de atención directa, exposición al desconuelo de las familias y dilemas éticos y morales.

Cuidarnos e incentivar el autocuidado es parte de nuestra responsabilidad como profesionales. Una guía publicada pero también aplicable a profesionales de la salud mental, recomienda: 1. mantenerse al tanto de todo lo relacionado a la pandemia a fin de proporcionar información correcta y coherente, 2. corregir la información errada: no datos incorrectos relacionados a la pandemia, corregir la idea equivocada

y dar una orientación correctamente;

3. limitar la exposición a los medios de comunicación (y las redes sociales): se ha descrito que una exposición excesiva a los medios de comunicación puede generar consecuencias negativas en la salud mental, por lo que se sugiere recomendar a profesionales de la salud limitar tales contactos y tenerlos con medios confiables;

4. educar como profesionales de la salud sobre las respuestas psicológicas y conductuales relacionadas con los brotes infecciosos y las intervenciones para su manejo;

5. proveer instrucción sobre las reacciones de estrés:

a) reconocer y normalizar las reacciones de estrés; b) discutir estrategias para reducir el estrés, tales como:

- Estar preparados y aplicar las medidas preventivas
- Tener un sueño reparador, alimentarse regularmente y realizar ejercicios
- Evitar el uso de alcohol, cigarrillos y drogas
- Conversar con familiares y amigos sobre sus preocupaciones
- Practicar métodos de relajación
- Participar en actividades recreativas
-

6. cuidarnos y cuidar a nuestra familia: atender las necesidades básicas, mantenerse hidratado, comer y dormir regularmente; mantener periodos de descanso y practicar estrategias para reducir la ansiedad. Debemos estar y sentirnos bien para poder ayudar eficazmente a otros. (Sarabia, 2020).

Otras recomendaciones son: planificar una rutina fuera del trabajo, mantener el contacto con compañeros, respetar a las diferencias, compartir información constructiva, estar en contacto con la familia y seres queridos, permítase pedir ayuda,

utilizar la ventilación emocional, autoobservación: ser consciente de sus emociones y sensaciones, aplicar las estrategias de regulación emocional que conozca, recordar que lo que es posible no es probable, reconocer al equipo asistencial (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

La cuarentena terminará, la inmovilización obligatoria se levantará ya que ambas no son sostenibles a largo plazo por el daño social y económico que pueden ocasionar al país. Pasarán muchos meses para retornar a lo "normal" ya que, muy probablemente, el aislamiento social, el lavado de manos y otras medidas continuarán.

Cuidemos nuestra salud mental, especialmente la del personal de salud para ayudar a la comunidad. Estos son momentos en que, como profesionales de la salud, debemos cuidar las demás personas, pero es también nuestra obligación cuidar nuestra salud mental tanto como la física (Sarabia, 2020).

Salud laboral y salud mental

Es evidente que en este momento no se puede tratar la salud mental laboral al margen de la problemática social general y de la actual, tras una época de abundancia y expansión económica aparentemente inagotable, hoy nos encontramos en una situación de inseguridad y estrés colectivo por frustración de expectativas comprensibles como la imposibilidad de realizar actividades laborales dentro del papel como profesionales de salud ante un tipo de trabajo precario que no permite la emancipación y la independencia personal (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

En 2007, la OMS, trazó un “Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores, 2008-2017”, con el propósito de establecer un marco normativo que permita la adopción de medidas concertadas destinadas a proteger, promover y mejorar la salud de todas las personas trabajadoras (González James & Pérez Saucedo, 2011).

La Salud Mental Relacionada con el Trabajo (SMRT) propone una comprensión crítica del proceso de sufrimiento y enfermedad mental provocado o agravado por el trabajo y un distanciamiento de las concepciones predominantes en la actualidad. Estas últimas tienden, por una parte, a presentar los modelos de trabajo como naturales y sin posibilidad de cambios y, por otra, a presentar al individuo y su historia familiar como la causa de todos sus problemas psíquicos.

De este modo, la perspectiva de la SMRT tiene como principal característica la multidisciplinariedad, puesto que incluye la comprensión de los efectos de la política, de la economía y de las implicaciones socioculturales en la vida de las personas en la contemporaneidad (Hespanhol Bernardo et al., 2015).

El derecho a un medio de trabajo saludable como derecho humano fundamental que promueva el bienestar de profesionales está en conflicto con algunas prácticas, en el actual escenario globalizado, que todo se mide por el beneficio y la rentabilidad económica.

El resultado de este tipo de prácticas extendidas es, que con independencia de la motivación y de la formación del personal, éste se encuentra amenazado por

importantes efectos en la conducta y genera nuevos riesgos para su salud, generalmente a partir de la pandemia de COVID-19 han empeorado las condiciones laborales, sobre todo las condiciones psicológicas de trabajo, de este equipo de trabajo (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

Discusión

La perspectiva de género es fundamental dentro de este tema, puesto la realidad es que la salud pública y las políticas sanitarias no han abordado el impacto de género en la salud mental.

Con el coronavirus ha pasado lo mismo, ¿afecta por igual a hombres y mujeres? Aseguran personas expertas que reconocer la medida del impacto que daña de manera diferenciada a personal médico y de enfermería, dependiendo del sexo y género, es un paso fundamental para comprender los efectos de esta emergencia sanitaria. No sólo eso, también lo es para crear políticas e intervenciones efectivas y equitativas.

El rol de las personas profesionales de enfermería en los diferentes ámbitos de atención representa el eje fundamental en el cuidado del ser humano y su familia, desde el área de salud mental se abarca una serie de intervenciones y actividades de cuidado que buscan promover la promoción de la salud mental, la prevención de la enfermedad mental y la atención integral e integrada al trastorno mental. En época de crisis y, específicamente la que estamos viviendo con esta emergencia mundial.

La experiencia respecto al impacto generado por la pandemia muestra la importancia de incorporar un análisis de género en los esfuerzos de

preparación y respuesta para mejorar la efectividad de las intervenciones de salud y promover objetivos de equidad de género y salud.

Durante el periodo latente afectado, las normas de género significaron que las mujeres tenían más probabilidad de afectar su salud mental dado su papel predominante como cuidadoras dentro de las familias y como trabajadoras de atención médica de primera línea.

Se coincide con lo comentado por otras personas autoras al afirmar que la amenaza percibida de contagio de los profesionales sanitarios se encuentra relacionada con la presencia de ansiedad, depresión y cansancio emocional. Es interesante saber qué pasa con las redes de apoyo social de profesionales de la salud y cómo impactan en su salud mental.

La alta prevalencia de estas variables en quienes participan muestra la falta de condiciones y preparación necesaria para hacer frente a la emergencia a la que han estado expuestas quienes son profesionales del área de la salud, generando experiencias traumáticas con consecuencias a nivel psicológico indeseadas. La baja predictibilidad de la pandemia es otro de los factores que puede mantener algún tipo de relación con las consecuencias psicológicas negativas (Marín Arias & Pacheco Tabuenca, 2020).

Cabe aclarar que la salud mental del personal de enfermería durante el manejo de la pandemia se vio afectada, detectando niveles de ansiedad, depresión y estrés crónico afectando mayormente sus familias.

Es fundamental destacar que la mayoría de las estrategias de prevención para la salud mental y atención van enfocadas a los factores psicosociales como lo mencionan algunos estudios. A pesar de que las estadísticas de diversos países indican un aumento significativo de los casos de trastornos mentales relativos al trabajo, las intervenciones propuestas por gobiernos y organizaciones internacionales comúnmente se limitan a los "factores de riesgo psicosocial", con foco en la prevención del estrés. Así las cosas, las acciones son poco críticas frente a los escenarios económicos, políticos y sociales (Hespanhol Bernardo et al., 2015).

Conclusión

En cualquier emergencia sanitaria los problemas de salud mental son comunes y pueden ser barreras para las intervenciones médicas y de salud mental.

De acuerdo con la evidencia revisada, se ha demostrado que durante la fase inicial de la pandemia por la COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en el personal de salud, especialmente en profesionales, personal de enfermería y en quienes trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados.

Para lograr controlar la pandemia, se requiere un manejo adecuado e integral de la atención en salud mental partiendo de recomendaciones mencionadas en esta revisión ayudaría a mejorar la salud de profesionales de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Collantes, M. P., Marcos González, J. I., Velázquez, M., & Alastruey, J.
2. C. (2012). La salud mental de los trabajadores.
3. http://catoute.unileon.es/record=b1730984~S1*spl
4. Esperidião Elizabeth., & Borges Saidel Maria Giovana., & R. J. (2019). Salud Mental: enfoque en los profesionales de la salud. In Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (Vol. 44, Issue Suppl 1, pp. 2-3). <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>
5. García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo- Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz- Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública, 94.
6. https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_pro_pios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_20200708_8.pdf
7. González James, E. I., & Pérez Saucedo, E. (2011). Factores de Riesgo Laboral y la Salud Mental en Trabajadores de la Salud. Psicología Iberoamericana, 19(2), 67-77.
8. 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), 327-334.
9. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.370.5419>
10. Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Medicentro Electrónica, 24(3), 578-594. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n3/1029-3043-mdc-24-03-578.pdf>
11. Hespanhol Bernardo, M., Aparecida De Souza, H., Garrido Pinzón, J., & Alessandro Kawamura, E. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: Desafíos para las políticas públicas. Universitas Psychologica, 14(5), 1613-1624.
12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-5.smrt>
13. Lozano, 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. Revista de Neuro-Psiquiatría [revista en Internet] 2020[acceso 10 de junio de 2020]; 83(1): 51-56. Revista Neuropsiquiátrica, 83(1), 51-56. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972020000100051&script=sci_arttext
14. Marín Arias, E., & Pacheco Tabuenca, T. (2020). Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. Psicología Clínica, 3(25), 71-89.
15. Mingote Adán, J. C., & Núñez López, C. (2011). Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: una responsabilidad compartida. Medicina y Seguridad Del Trabajo, 57, 239-262. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2011000500015>
16. Naciones Unidas. (2020). La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. In Informe de Políticas (Vol. 35, Issue La angustia psicológica está extendida entre la población. Muchas personas están angustiadas por los efectos inmediatos del virus en la salud y las consecuencias del aislamiento físico. Muchas tienen miedo a infectarse, morir y perder a familiares).
17. OMS. (2020). Organización Mundial de la Salud. Definición de salud mental. 6 de mayo de 2020. https://www.who.int/topics/mental_health/es/%7D
18. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia de COVID-19, junio de 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52427>
19. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela- Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. Colombian Journal of Anesthesiology, 48(4), 1-8. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
20. Ruiz Frutos, C., & Gómez Salgado, J. (2021). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 24(1), 6-11. <https://doi.org/10.12961/apr.2021.24.01.01>

22. Sarabia, S. (2020). La salud mental en los tiempos del coronavirus. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 3-4. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3680>
23. Saldaña Ibarra, O., & López Ozuna, V. M. (2014). www.medigraphic.org.mx Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. *Secretaría de Salud del Distrito Federal. Evidencia Medica e Investigación En Salud*, 7, 169-177.
24. Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). Cuidando la salud mental del personal sanitario. In *Sociedad Española de Psiquiatría* (Vol. 3, Issue 2, pp. 1-4). <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
http://www.sep.siq.org/file/InformacionSM/SEP_COVID19-SaludMental_personal_sanitario.pdf
25. Triskier, F., & Agrest, M. (2015). Trabajo y Salud Mental. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (Vol. 26, Issue 124, pp. 5.1-5.23).
26. Urzúa Alfonso., & Samaniego. Antonio, & Caqueo Urizar., & Zapata Pizarro., & I. D. M. (2020). No Title. *Salud Mental En Trabajadores de La Salud Durante La Pandemia Por COVID-19 En Chile*. *Revista Médica de Chile*, 30, 11-21. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>

Para compartir

Se entiende a la salud mental como un componente integral de la salud. La OMS menciona en su constitución que “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; en consecuencia, la salud mental se considera más allá de la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

Actualmente, las condiciones de contexto, salud y trabajo del mundo han incrementado el riesgo en la pérdida de este bienestar mental. En el ámbito laboral, el estrés es a menudo visto como una condición obligada del éxito; sin embargo, esta determinante enciende focos rojos que son importantes de atender.

En esta sección les brindamos herramientas de apoyo que para identificar niveles de estrés y conocer estrategias de afrontamiento que permitan mejorar la salud mental de quienes forman la fuerza laboral de México.

NOM-035, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo - Identificación, análisis y prevención

Esta Norma Oficial Mexicana se estableció con el fin de incentivar empleos de calidad y una cultura de prevención en el país; ésta pretende identificar, analizar y prevenir los Factores de Riesgo Psicosociales (FRP).

Los FRP son circunstancias que puede provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y del estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos.

Esta NOM, además, brinda la oportunidad para implementar estrategias que ayuden a fomentar un entorno organizacional favorable que impulse la productividad y la excelencia. Esta normativa puede consultarse en:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018

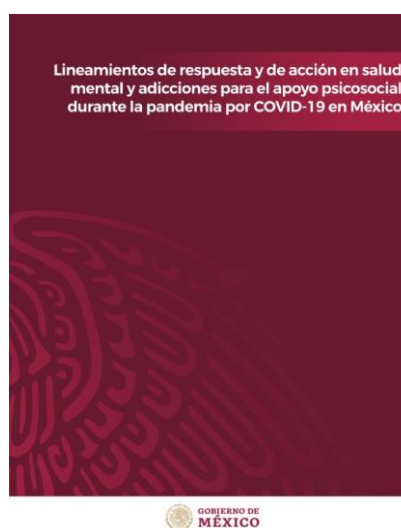
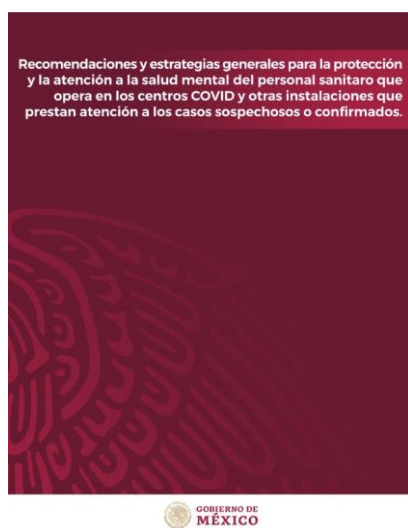
Salud mental ante la pandemia por COVID-19

En eventos de emergencia, como la actual pandemia por COVID-19, la salud mental de la población en general mengua. De acuerdo con la OMS, la amenaza a la seguridad y al funcionamiento normal del individuo y su comunidad se expresa, en más del 80% de las personas, con un incremento de síntomas que podrían afectar su salud mental como la angustia, el miedo e incluso, el pánico y el terror. Esta situación de estrés y angustia puede manifestarse con mayor frecuencia y gravedad entre quienes trabajan en primera línea dentro de la emergencia.

Por ello, en la página gubernamental para obtener información acerca de esta enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 pone a disposición de toda la población algunas sugerencias para el manejo de algunas situaciones derivadas de esta crisis sanitaria. Por un lado, se aportan recomendaciones para el manejo de pacientes y familiares con ansiedad, desafiantes o que manifiestan irritación o agresividad hacia el personal de salud.

Asimismo, ofrece el Cuestionario para la Detección de Riesgos a la Salud Mental, una herramienta desarrollada por la Secretaría de Salud, la Facultad de Psicología y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz", para la detección de riesgos a la salud mental.

Por otro lado, también incluye los siguientes documentos que, por un lado, emiten recomendaciones dirigidas a proteger, monitorear y atender de manera oportuna y eficaz la salud mental del personal sanitario que presta atención en los hospitales COVID-19 y otras instalaciones que dan servicios a esta población; y por el otro, se proponen lineamientos que buscan apoyar a los servicios de salud federales, estatales y municipales en las acciones para el cuidado de la salud mental y las adicciones durante la pandemia por COVID-19 en México:



Si deseas consultar estas herramientas, visita:

<https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/salud-mental/>

Identifica tu nivel de estrés laboral y sus causas

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrece en su sitio web información importante acerca del estrés laboral; además de incluir herramientas de apoyo para identificar el grado de síntomas asociados al estrés manifiestas y las causas que lo provocan.

Test de estrés laboral

Esta página muestra el siguiente test de estrés laboral que permite conocer en qué grado la persona trabajadora padece los síntomas asociados al estrés:
Instrucciones: De los siguientes síntomas, selecciona el grado experimentado durante los últimos tres meses, de acuerdo al semáforo presentado.

TEST DE ESTRÉS LABORAL

Permite conocer en qué grado el trabajador padece los síntomas asociados al estrés.

Instrucciones:
De los siguientes síntomas, selecciona el grado experimentado durante los últimos tres meses de acuerdo al semáforo presentado.

1	2	3	4	5	6	
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Relativamente frecuente	Muy frecuente	
Imposibilidad de conciliar el sueño.	1	2	3	4	5	6
Jaquecas y dolores de cabeza.	1	2	3	4	5	6
Indigestiones o molestias gastrointestinales.	1	2	3	4	5	6
Sensación de cansancio extremo o agotamiento.	1	2	3	4	5	6
Tendencia de comer, beber o fumar más de lo habitual.	1	2	3	4	5	6
Disminución del interés sexual.	1	2	3	4	5	6
Respiración entrecortada o sensación de ahogo.	1	2	3	4	5	6
Disminución del apetito.	1	2	3	4	5	6
Temblores musculares (por ejemplo, tics nerviosos o parpadeos).	1	2	3	4	5	6
Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo.	1	2	3	4	5	6
Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana.	1	2	3	4	5	6
Tendencias a sudar o palpitaciones.	1	2	3	4	5	6

Resultados:
Revisa cuál es el color que más se repite en tus resultados (o suma cada número seleccionado) y ubica el resultado de acuerdo a la siguiente tabla:

Sin estrés (12)	No existe síntoma alguno de estrés. Tienes un buen equilibrio, ¡continúa así y contagia a los demás de tus estrategias de afrontamiento!
Sin estrés (24)	Te encuentras en fase de alarma, trata de identificar el o los factores que te causan estrés para poder ocuparte de ellos de manera preventiva.
Estrés leve (36)	
Estrés medio (48)	Haz conciencia de la situación en la que te encuentras y trata de ubicar qué puedes modificar, ya que si la situación estresante se prolonga, puedes romper tu equilibrio entre lo laboral y lo personal. ¡No agotes tus resistencias!
Estrés alto (60)	Te encuentras en una fase de agotamiento de recursos fisiológicos con desgaste físico y mental. Esto puede tener consecuencias más serias para tu salud.
Estrés grave (72)	Busca ayuda

*Adaptado del Cuestionario de Problemas Psicosomáticos (o CPP)



Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México

En eventos críticos de cualquier orden (desastres, emergencias humanitarias y crisis epidemiológicas), la amenaza a la seguridad y al funcionamiento normal del individuo y su comunidad se expresa, en más del 80% de las personas, con un incremento de síntomas que podrían afectar su salud mental como la angustia, el miedo e incluso, el pánico y el terror, de acuerdo con la OMS.

Por ello, la Secretaría de Salud, presenta estos lineamientos que buscan apoyar a los servicios de salud federales, estatales y municipales en las acciones para el cuidado de la salud mental y las adicciones durante la pandemia por COVID-19 en México.

Las propuestas incluidas en este documento incluyen siete tipos de intervención: 1. Capacitación en Salud Mental en Emergencias, 2. Atención en Salud Mental Comunitaria, 3. Atención Pre-Hospitalaria, 4. Atención Hospitalaria (aislamiento domiciliario u hospitalario), 5. Aseguramiento de la Atención en Salud Mental al Personal de Salud y a los Primeros Respondientes, 6. Otorgamiento de Atención Continúa en Salud Mental y Adicciones, y 7. Atención Orientada a la Recuperación.

Para consultar más a fondo estos lineamientos consulta:

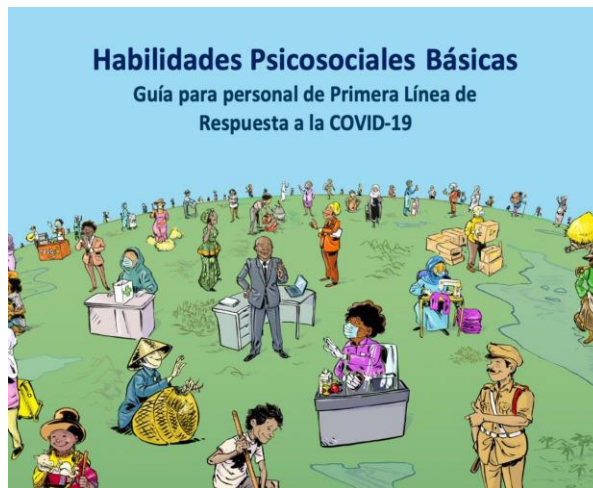
https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos_Salud_Mental_COVID-19.pdf

Garantizar la seguridad de las personas trabajadoras de la salud para preservar las de pacientes

La pandemia destacó la importancia de la protección de las personas trabajadoras de la salud para garantizar el funcionamiento del sistema de la salud y la sociedad. Para responder a esta necesidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ponen a disposición de la población en general los siguientes documentos en su sitio web:

Habilidades Psicosociales Básicas: Guía para personal de Primera Línea de Respuesta a la COVID-19 (IASC)

Esta guía ilustrada, desarrollada por el Grupo de referencia de apoyo psicosocial y de salud mental del IASC (MHPSS RG), tiene como objetivo desarrollar habilidades psicosociales básicas entre todas las personas con trabajos esenciales que responden a la COVID-19 en todos los sectores; además, busca integrar el apoyo psicosocial en las respuestas diarias de esta enfermedad y marcar una diferencia en el bienestar de las personas con que comunican durante la pandemia.



Cuidando la salud mental del personal sanitario durante la pandemia COVID-19

Este folleto, dirigido al personal sanitario, incluye siete recomendaciones de autocuidado permanente y apoyo en algunas circunstancias.

El material puede encontrarse en español, inglés, portugués y francés.

Si deseas revisar los documentos, ingresa a: <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>

CUIDANDO LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

OPS

REACCIONES EMOCIONALES ANTE SITUACIONES DE ESTRÉS INTENSO Y PROLONGADO

Sentirse bajo presión es una experiencia que usted y muchos de sus colegas probablemente están viviendo. El estrés y los sentimientos que lo acompañan no son reflejo, de ninguna manera, de que usted no puede hacer el trabajo o es débil.

Atender su salud mental y su bienestar psicosocial en estos momentos es tan importante como cuidar su salud física.

No está en una carrera de velocidad. Es una maratón de mucha resistencia que requiere autocuidado permanente y apoyo en algunas circunstancias.

RECOMENDACIONES DE AUTOUIDADO

- 1. CUIDAR LAS NECESIDADES BÁSICAS**
 - Asegúrese de comer regularmente, sano y balanceado.
 - Manténgase hidratado. Tome agua de manera permanente.
 - Evite las bebidas azucaradas y la comida chatarra.
 - Duerma al menos 8 horas para recuperarse de la jornada laboral.

No hacerle poner en riesgo su salud mental y física e igualmente poner en riesgo su capacidad de atención a los pacientes.
- 2. DESCANSAR**
 - Siempre que sea posible realice actividades que lo reconforten, divertidas y relajantes, como jugar con sus hijos, leer, ver películas, juegos de mesa, conversar sobre temas cotidianos, distintos a la pandemia.
 - En el trabajo haga pausas activas con la mayor frecuencia posible.
 - Evite el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

Entienda que tomar un descanso adecuado derivará en una mejor atención a los pacientes.

Desciframos

Estrés laboral en personal de salud durante la pandemia de por la COVID-19

A partir del 1 de enero de 2022 entra en vigor el reconocimiento oficial, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del *burnout* (fatiga por estrés laboral) como una enfermedad, tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE11).

La OMS no define el *burnout* como una condición médica, sino como un "síndrome derivado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no fue gestionado con éxito". México ocupa el primer lugar con el mayor número de habitantes que viven o han vivido estrés laboral; el 75 por ciento de la población mexicana padece fatiga por estrés laboral, superando a países como Estados Unidos (59%) y China (73%).

El costo de esta problemática genera pérdidas anuales equivalentes al cuatro por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) global, de acuerdo con estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); por otro lado, los accidentes laborales, el estrés, las largas horas de trabajo y las enfermedades relacionadas con el trabajo causan 374 millones de muertes al año y tienen grandes repercusiones no únicamente en lo económico, sino también en relación al bienestar físico y emocional a corto y a largo plazo, según lo dicho por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Los riesgos directos de este síndrome para la salud están relacionados con cardiopatías, trastornos digestivos, aumento de la tensión arterial, dolor de cabeza y trastornos músculo-esqueléticos. La OMS estima que entre el 21 y 32 por ciento de casos de hipertensión en América Latina están relacionados con altas exigencias laborales y bajo control.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) menciona en su página que algunos estudios han hallado que altas exigencias laborales dan como resultado siete veces mayor riesgo de agotamiento emocional; poco apoyo de compañeros, dos veces mayor riesgo de problemas en espalda, cuello y hombros; bajo control del trabajo, dos veces mayor riesgo de mortalidad cardiovascular y, mucha tensión, puede producir tres veces mayor riesgo de morbilidad por hipertensión.

La mortalidad relacionada al trabajo, según la ONU, se debe a enfermedades del sistema circulatorio (31%), cánceres de origen profesional (26%) y enfermedades respiratorias (17%).

Si bien este síndrome se manifiesta indistintamente entre hombres y mujeres, ellas son quienes viven con mayor frecuencia el estrés debido a la suma de otros factores asociados a

la inequidad de género (jornadas dobles de trabajo en hogar y espacios laborales, techos de cristal, hostigamiento y acoso sexual, entre otros).

En este sentido, en algunos documentos se promueve que las diferencias individuales de quien trabaja, tales como personalidad, edad, educación, experiencia y hábitos de enfrentamiento son variables importantes en predecir si determinadas características de un trabajo podrían resultar en altos niveles de estrés; sin embargo, existen determinadas condiciones ocupacionales que son estresantes para la mayoría de las personas.

Estrés y desgaste laboral en personal médico

El personal sanitario puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, quedando propenso a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. Es prioritario detectar comportamientos indicativos de alteraciones en la salud mental para mitigar sus efectos, implementando estrategias con alto grado de calidad y apoyo que propicien crecimiento postraumático. Superada la pandemia, es recomendable monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud, para identificar y tratar adecuadamente el daño moral o alteración mental resultantes, ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad antes tan natural, en el trato de sus pacientes.

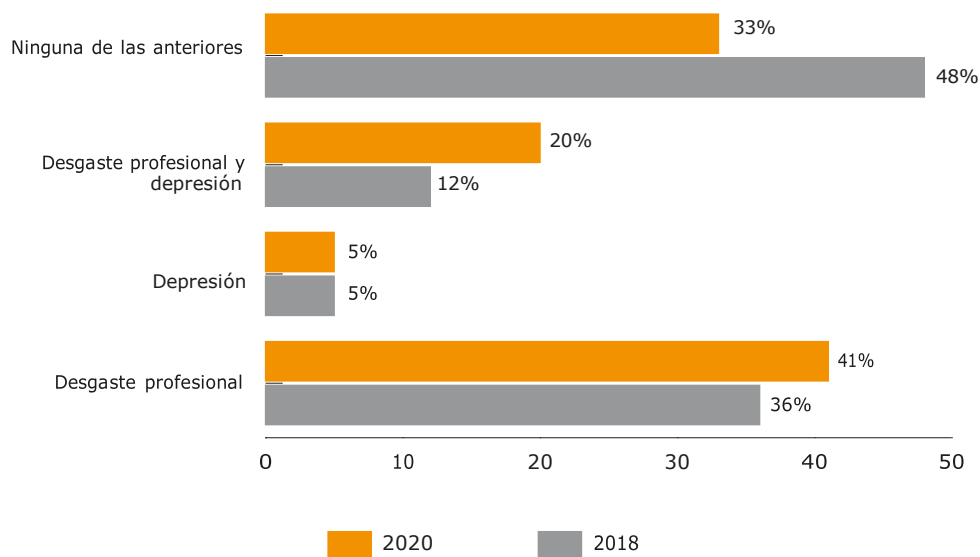
Con un suicidio consumado cada día, la tasa de suicidio más alta de cualquier profesión. Además, el número de suicidios de personal médico es más del doble que el de la población general.

Una revisión sistemática de la literatura sobre el suicidio de personal médico muestra que su tasa de suicidio es de 28 a 40 por 100,000, más del doble que en la población general

El síndrome de *burnout* como la paradoja de la atención en salud: la persona profesional de la salud se enferma en la misma medida que ésta sana a su paciente.

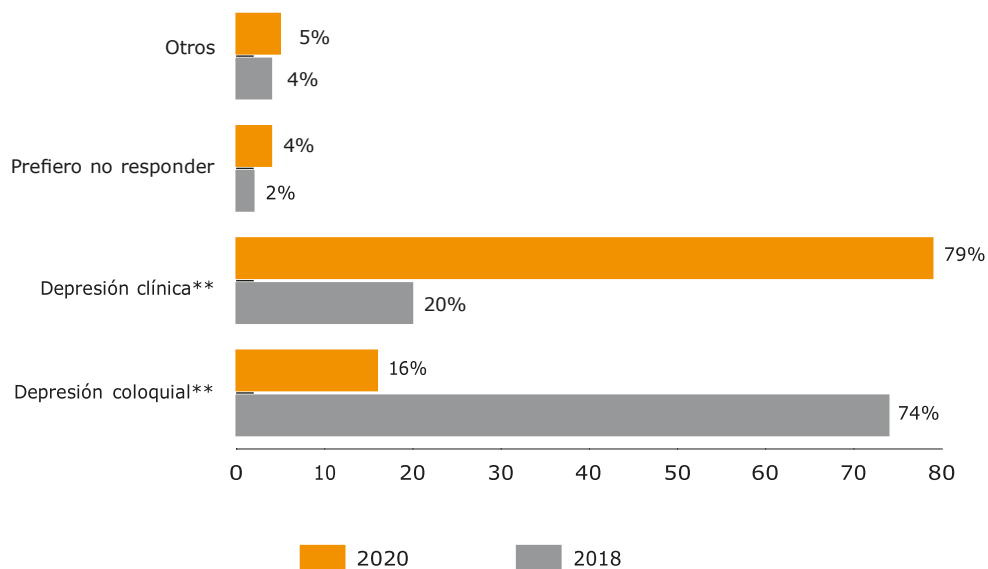
De acuerdo con un estudio elaborado por la compañía Regus, el 75 por ciento de las personas que padecen estrés en nuestro país, señalan como principal causante, el entorno laboral, es decir, que poco más del 40 por ciento de habitantes en edad laboral activa padecen o han padecido las consecuencias y estragos que deja dicha enfermedad, estamos hablando que 18,4 millones de personas conviven con este tipo de estrés, siendo los varones quienes tiene mayor probabilidad de sufrirlo, y mujeres entre los 18 y 30 años de edad. [*]

Gráfica 1. Desgaste profesional y depresión en personal médico, comparativo entre 2018 y 2020.



FUENTE: Elaboración propia con base en la información de las investigaciones "Reporte de calidad de vida y desgaste profesional del médico: México" y "Reporte de satisfacción profesional, práctica médica en tiempos de COVID-19 y calidad de vida: México 2020".

Gráfica 2. Tipo de depresión que vive el personal médico, comparativo entre 2018 y 2020.

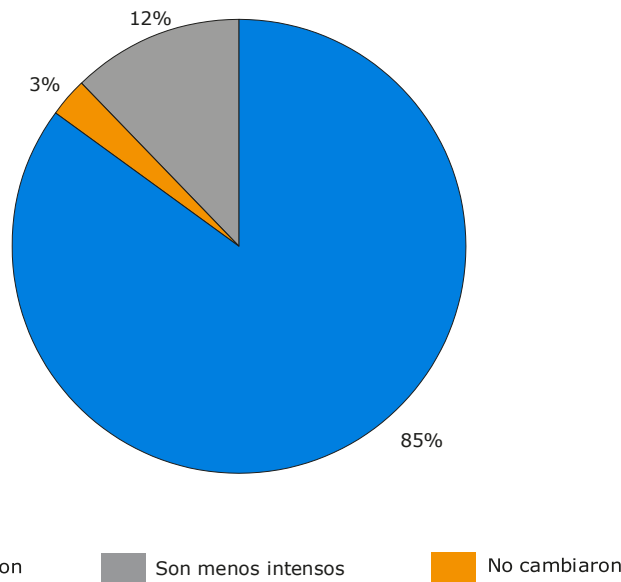


*Se siente con ánimo decaído, deprimido, triste.

**Depresión grave que dura algún tiempo, no es causada por un suceso penoso normal.

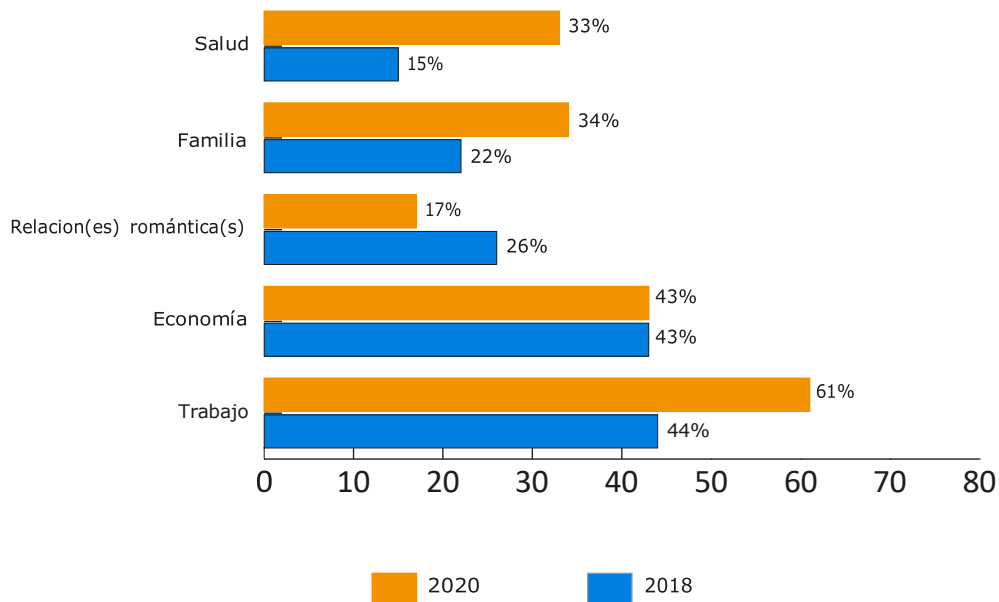
FUENTE: Elaboración propia con base en la información de las investigaciones "Reporte de calidad de vida y desgaste profesional del médico: México" y "Reporte de satisfacción profesional, práctica médica en tiempos de COVID-19 y calidad de vida: México 2020".

Gráfica 3. Ante la pandemia por la COVID-19, los síntomas de desgaste emocional, 2020.



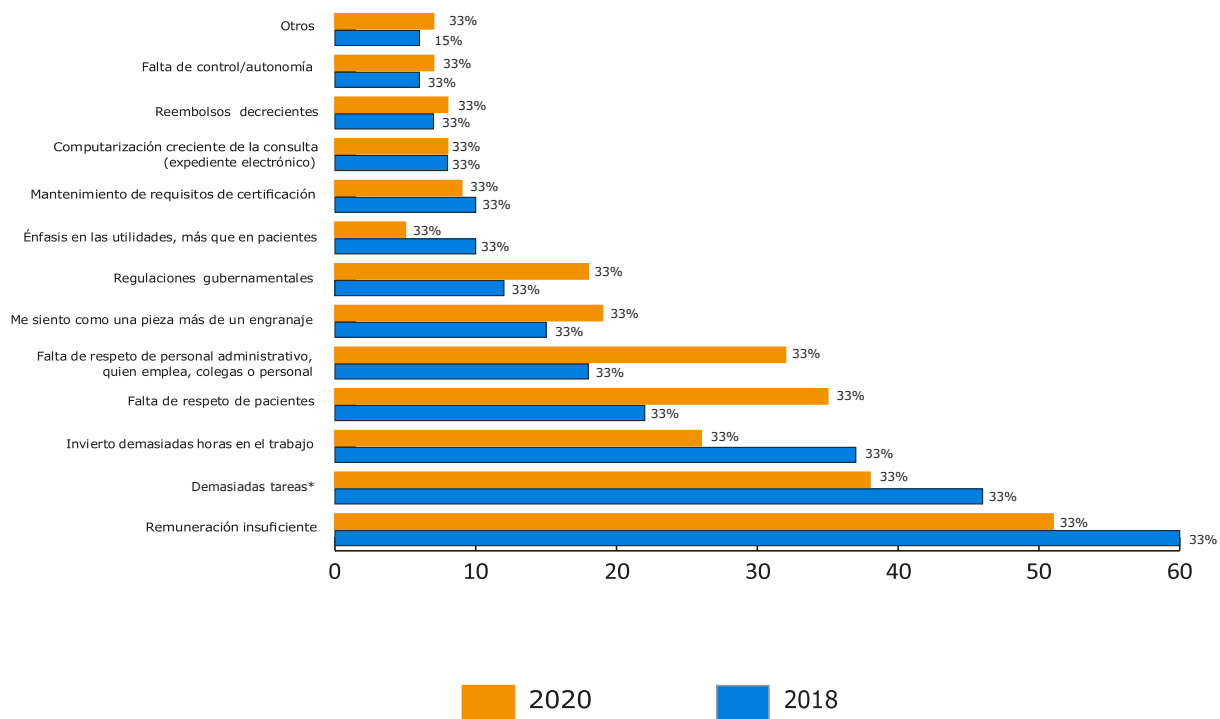
FUENTE: Elaboración propia con base en la información de las investigaciones "Reporte de calidad de vida y desgaste profesional del médico: México" y "Reporte de satisfacción profesional, práctica médica en tiempos de COVID-19 y calidad de vida: México 2020".

Gráfica 4. Factores que contribuyen a la depresión en el personal médico, comparativo entre 2018 y 2020

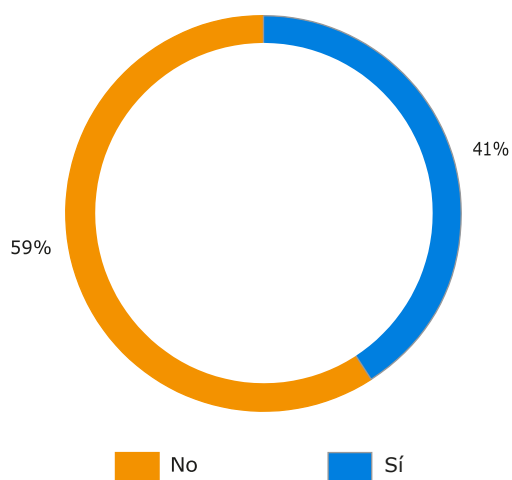


En cuanto a los factores que contribuyen al desgaste profesional, se observa la remuneración insuficiente, demasiadas tareas y faltas de respeto (por parte de pacientes y personal administrativo).

Gráfica 5. ¿Qué factores contribuyen al desgaste profesional?, comparativo entre 2018 y 2020



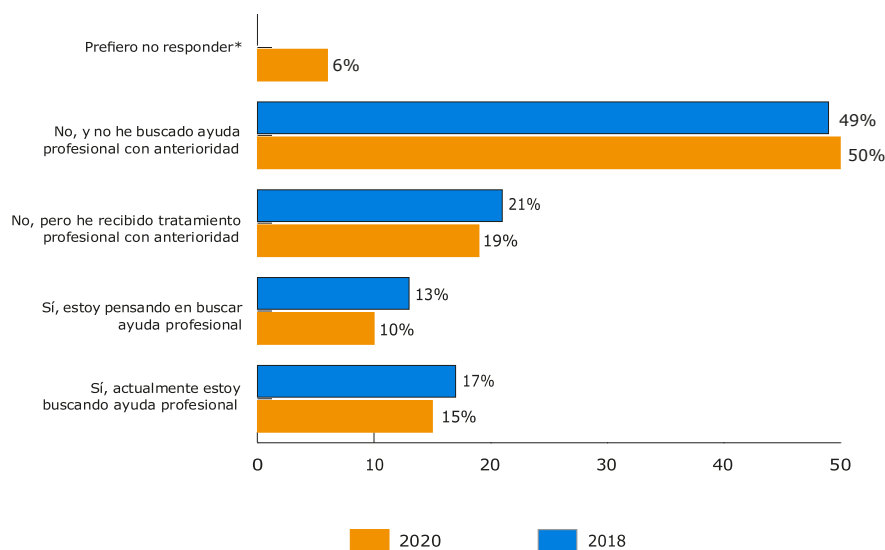
Gráfica 6. Impacto negativo en relaciones personales



Personal médico, no busca ayuda para tratar salud mental

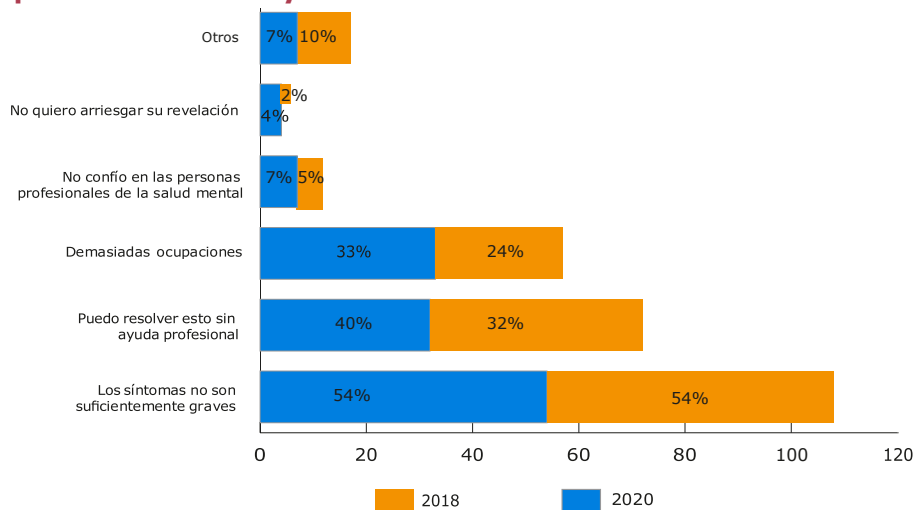
Tras la pandemia por la COVID-19, la búsqueda de ayuda profesional para atender su propia salud mental no ha cambiado. En 2020, el 70 por ciento del personal médico entrevistado refirió que no se encuentra en la búsqueda de esta ayuda. Las razones principales para no hacerlo son prácticamente las mismas: no sentir que los síntomas son los suficientemente graves (54% en ambos años); sensación de tener la capacidad de solucionarlo en soledad y tener demasiadas ocupaciones.

Gráfica 7. El personal médico, ¿está buscando ayuda profesional?, comparativo entre 2018 y 2020



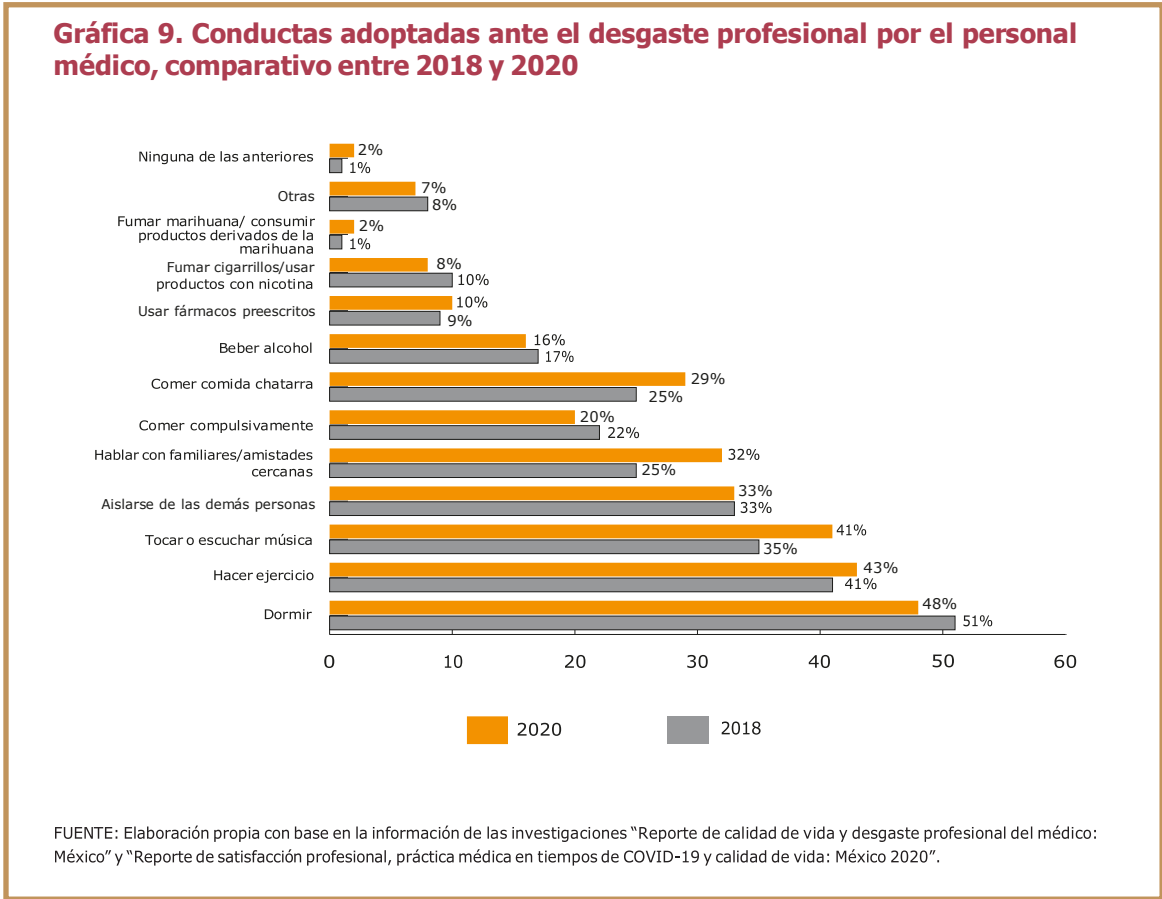
*Durante 2020 no se puso esta opción de respuesta.

Gráfica 8. ¿Por qué el personal médico no ha buscado ayuda profesional?, comparativo entre 2018 y 2020



FUENTE: Elaboración propia con base en la información de las investigaciones "Reporte de calidad de vida y desgaste profesional del médico: México" y "Reporte de satisfacción profesional, práctica médica en tiempos de COVID-19 y calidad de vida: México 2020".

A pesar de que en los reportes no se incluyen datos desagregados por sexo, en el Reporte de satisfacción profesional, práctica médica en tiempos de COVID-19 y calidad de vida: México 2020 se menciona que, en 2020, las mujeres buscan más ayuda que los hombres (23% frente a 13%) y menores de 45 años también solicitan ayuda (23% frente a 11%).

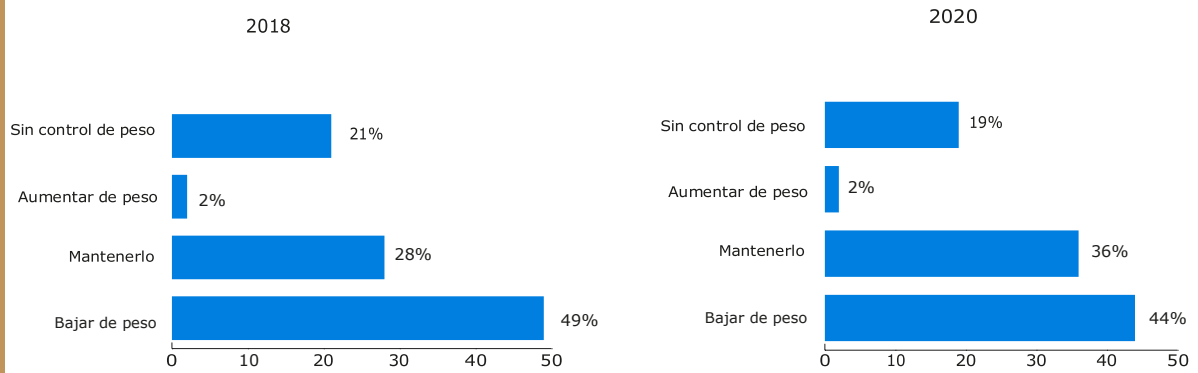


Ante el desgaste profesional, los hombres hacen ejercicio, consumen alcohol, comen comida chatarra y tocan o escuchan música con frecuencia; mientras que, las mujeres duermen.

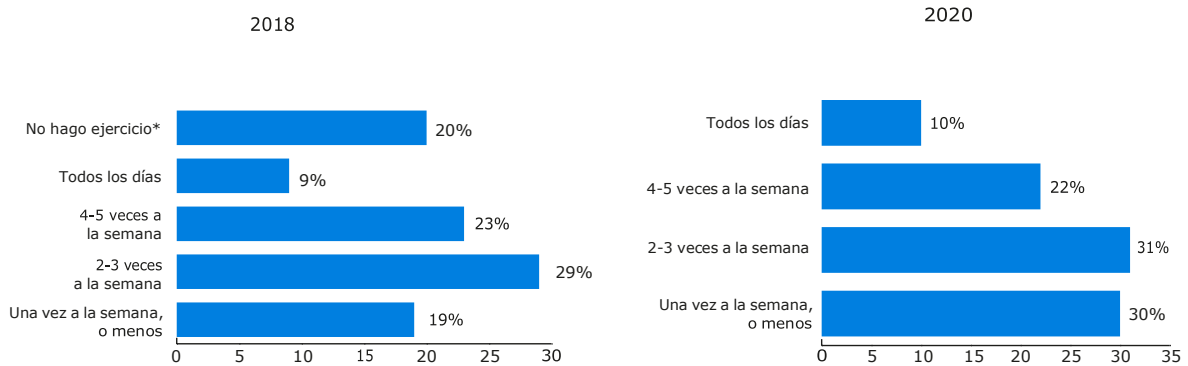
En cuanto a las actividades por edad, menores de 45 años, tienden a beber más, aislarse de las demás personas, comer comida chatarra, comer compulsivamente, consumir marihuana y fumar cigarrillos; en contraste con mayores de esta edad que tienden a hacer ejercicio y tocar o escuchar música, en mayor medida.

En cuanto al uso de marihuana, sus derivados y fármacos prescritos, se observa un aumento del uno por ciento en ambas conductas.

Gráfica 10 y 11. Control de peso en personal médico, comparativo entre 2018 y 2020



Gráfica 12 y 13. Frecuencia de ejercicio en personal médico, comparativo entre 2018 y 2020

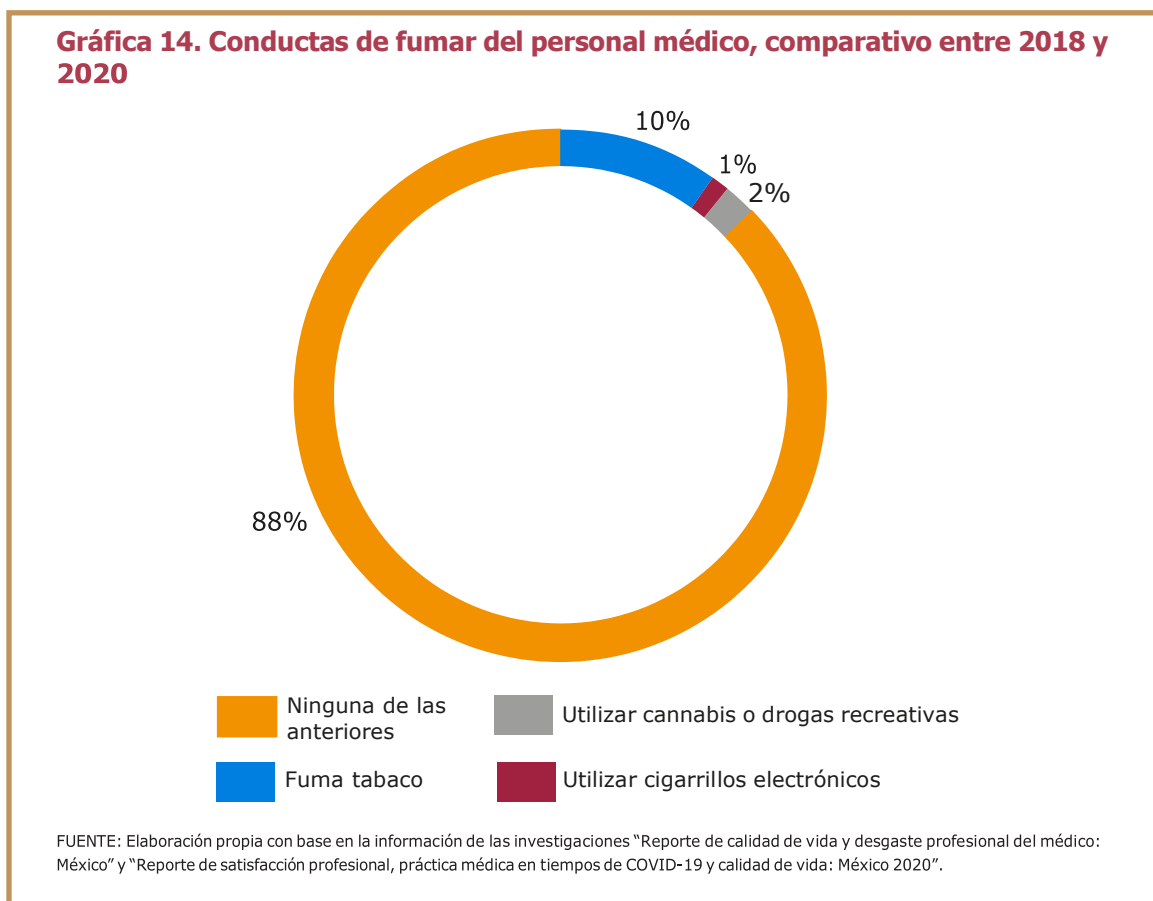


*Durante 2020 no se puso esta opción de respuesta

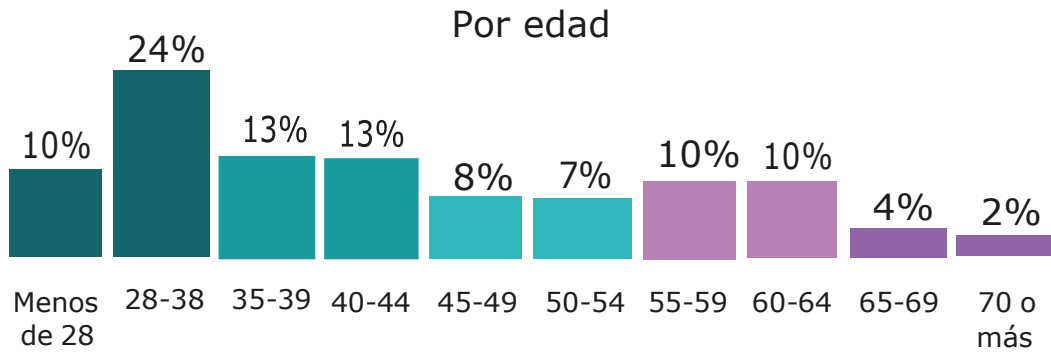
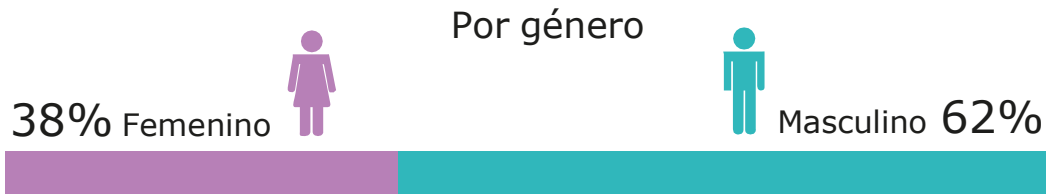
FUENTE: Elaboración propia con base en la información de las investigaciones "Reporte de calidad de vida y desgaste profesional del médico: México" y "Reporte de satisfacción profesional, práctica médica en tiempos de COVID-19 y calidad de vida: México 2020".

De acuerdo con las recomendaciones sobre la actividad física para la salud, la OMS sugiere que las personas adultas de 18 a 54 años deben dedicar, al menos, 150 minutos semanales. El personal médico entrevistado mostró que, durante 2020, el 63 por ciento acostumbra hacer ejercicio de 2 a 7 días de la semana.

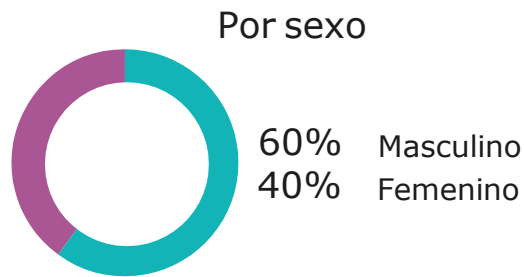
En cuanto la conducta de fumar, durante 2020, se observa que la mayoría no fuma; sin embargo, en comparación con el reporte de 2018, fuman menos tabaco y usan más cigarrillos electrónicos. Únicamente el 2 por ciento fuma cannabis o drogas recreativas.



Demografía



Información demográfica de la encuesta



Por generación (edad)

Generación silenciosa: más de 73 años	2%
Generación del <i>baby boom</i> : 55 a 73 años	33%
Generación X: 40 a 54 años	32%
Generación millennial (Gen Y): 25 a 39 años	32%
Generación Z: menores de 25 años	1%

Notigénero

Se impulsa Ley de Menstruación Digna

La cámara de diputados aprobó la Ley de Menstruación Digna que reforma la Ley General de Educación para que en las escuelas los productos de gestión menstrual sean gratuitos.

La propuesta de reforma a la Ley General de Educación busca promover, en coordinación con las autoridades sanitarias correspondientes, la salud y gestión menstrual mediante diversas acciones, facilitar en planteles educativos públicos de educación básica y media superior del país el acceso gratuito a toallas sanitarias, tampones y copas menstruales.

La reforma en materia de salud y gestión menstrual fue turnada al Senado.

Aprueban el matrimonio igualitario en Sinaloa

Sinaloa extiende las figuras del matrimonio y concubinato a las personas del mismo sexo, atendiendo a un mandato judicial. Mediante las reformas aprobadas en junio de este año, se hacen efectivos los derechos de igualdad y no discriminación establecidos en el Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En Código Familiar del Estado se aprobó establecer que el matrimonio es una institución por medio de la cual se establece la unión voluntaria y jurídica y de dos personas, con igualdad de derechos, deberes y obligaciones, en la que ambos se

procuran respeto y ayuda mutua. Y el concubinato es la unión de dos personas, quienes, sin impedimentos legales para contraer matrimonio, hacen vida en común de manera notoria y permanente durante dos años continuos o más.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió la recomendación 23/2015, desde el 6 de noviembre del 2015, dirigida a los titulares de los Poderes Ejecutivos y a los Órganos Legislativos de las entidades, sobre el matrimonio igualitario, con el fin de que adecuaran los ordenamientos en materia civil y/o familiar, para permitir el acceso al matrimonio a todas las personas.

Congreso de Baja California aprueba el matrimonio igualitario

El Congreso de Baja California realizó reformas a la Constitución del Estado con las que se aprueba el matrimonio entre personas del mismo sexo, los artículos que fueron modificados son el 7 y el 104 de este documento.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación del país ha señalado con anterioridad que toda ley –estatal– que limite el matrimonio a una mujer y un hombre, excluyendo de él a las parejas del mismo sexo, o que considere que la finalidad del matrimonio es la procreación, resulta inconstitucional. Previo a estas modificaciones, el artículo 7 establecía: “El Estado reconoce y protege la institución del matrimonio como un derecho de la sociedad orientada a garantizar y

salvaguardar la perpetuación de la especie mediante la unión de un hombre con una mujer”.

Actualmente, la reforma al Artículo 143 del Código Civil añade: “El matrimonio es la unión libre de dos personas para realizar la comunidad de vida, en donde ambas se procuran respeto, igualdad y ayuda mutua. Debe celebrarse ante el Oficial del Registro Civil y con las formalidades que estipule el presente Código”.

Se publicaron las reformas para la despenalización del aborto en el estado de Hidalgo

Las reformas al Código Penal y a la Ley de Salud para despenalizar el aborto en Hidalgo fueron publicadas en el Periódico Oficial del estado de Hidalgo. El pasado 30 de junio el Congreso del Estado aprobó a favor de la iniciativa para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la entidad.

Con esta modificación, las instituciones públicas, privadas y sociales que presten servicios de salud en Hidalgo deberán proveer el servicio para la interrupción del embarazo de forma gratuita y en condiciones de calidad y salubridad que garanticen la dignidad humana de las mujeres.

Las reformas que permiten la despenalización del aborto sólo permiten la interrupción legal hasta las 12 semanas de gestación, después de este periodo, se considerará como delito el aborto, con una sanción de seis meses y hasta un año de prisión, de acuerdo con las leyes de la entidad.

Foro Generación Igualdad: París 2021

Se llevó a cabo el Foro Generación Igualdad en París que inició un camino de acción global de 5 años para acelerar la igualdad de género para el 2026, el "Plan de Aceleración Global para la Igualdad de Género".

El encuentro fue organizado conjuntamente por los gobiernos de México y Francia. La actividad comenzó en Ciudad de México del 29 al 31 de marzo y culminó en París del 30 de junio al 2 de julio de 2021.

El evento incluyó un escenario dinámico dirigido por jóvenes, sesiones de la sociedad civil y sesiones alineadas con las Coaliciones para la Acción del Foro. El Foro también lanzó un Pacto para las Mujeres, la Paz y la Seguridad y la Acción Humanitaria, y anunció nuevas iniciativas de igualdad de género centradas en la salud, el deporte, la cultura y la educación. Las grabaciones de las sesiones realizadas están disponibles en la plataforma en línea del Foro Generación Igualdad.

El Gobierno de México y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) invitan a transformar la economía de los cuidados

En el marco del último día del Foro Generación Igualdad París, 2021, el Gobierno de México y la Organización de las Naciones Unidas convocaron a Estados, organismos internacionales, sociedad civil, iniciativa privada, organizaciones filantrópicas y socios estratégicos de todo el mundo a formar parte de la Alianza Global por los Cuidados.

El objetivo de esta alianza es asumir y promover compromisos, acciones concretas, financiación y colaboración alrededor de los cuidados, con el propósito de reducir las desigualdades y promover una cultura de transformación garantizando el reconocimiento, reducción y redistribución de los cuidados entre todos los actores corresponsables, así como la representación y remuneración de las personas proveedoras de cuidados.

La Alianza Global por los Cuidados es un mecanismo para avanzar y reducir de manera urgente las brechas generadas por la desigualdad de género que impiden el desarrollo pleno y libre de las mujeres y las niñas en el mundo. Ésta propone 8 acciones clave:

- Acciones para desarrollar y aumentar los servicios de cuidados;
- Políticas públicas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral;
- Inversión en infraestructuras de atención social y física;
- Financiación gradual y progresiva de un sistema de cuidados;
- Derechos de las personas proveedoras y receptoras de cuidados;
- Generación de datos y evidencias;
- Banco de buenas prácticas;

- Campañas de sensibilización.

Hasta esa fecha, nueve países, 10 organizaciones filantrópicas y del sector privado, 15 organizaciones de la sociedad civil y seis organismos internacionales habían confirmado interés en ser parte de esta iniciativa global.

Avala el Congreso de Oaxaca acceso gratuito a productos de gestión menstrual

El Congreso de Oaxaca aprobó reformar el Artículo 30 de la Ley Estatal de Salud, a fin de garantizar a las mujeres la disponibilidad de medicamentos básicos e insumos para la salud reproductiva durante la etapa menstrual.

El congreso del estado de Oaxaca aprobó una reforma para que los servicios de salud pongan a disposición gratuita productos de gestión menstrual. Toallas sanitarias, tampones y copas menstruales deberán estar disponibles en unidades médicas, centros y casas de salud ubicadas en municipios y comunidades.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), una de cada cuatro mujeres en el mundo menstrúa cada mes entre dos y siete días, lo cual supone que tienen sangrado durante siete años completos de su vida.

Oaxaca se convirtió en el segundo estado del país, después de Michoacán, en promover una iniciativa de este tipo, que además busca que los insumos sean ecológicos.

Estado de México facilitará expedición de nuevas actas de nacimiento a personas trans

El Congreso del Estado de México aprobó reformar diversos artículos del Código Civil del Estado para que las personas trans mayores de edad que así lo deseen puedan rectificar su acta de nacimiento mediante un trámite administrativo.

Con estas reformas, el trámite se podrá realizar ante el Registro Civil, las personas interesadas deberán presentarse ante esta instancia y manifestar su nombre completo, señalar los datos registrales asentados en el acta primigenia; proporcionar el nuevo nombre que solicita sin apellidos, señalar el género solicitado y señalar bajo protesta que lo hace de forma personal y voluntaria, además de firmar y conceder huella dactilar.

Con esta acción, el Estado de México se suma a Ciudad de México, Coahuila, Colima, Chihuahua, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora y Tlaxcala como una más de las entidades que cuentan con leyes para garantizar el reconocimiento de la identidad de género.

El Congreso del estado de Veracruz despenalizó el aborto

El Congreso de Veracruz aprobó las reformas al Código Penal para despenalizar el aborto hasta antes de las 12 semanas de gestación. Con estas modificaciones, se estipula como excluyentes de responsabilidad penal, cuando el aborto es realizado por una mujer que fue violada o inseminada artificialmente sin su consentimiento y cuando existe riesgo de muerte o afectaciones de salud en la madre por el embarazo.

Con dichas reformas, en Veracruz, ahora el delito de aborto es cometido únicamente por quien realice la interrupción del embarazo después de la semana 12 de gestación. En tanto, quien realice un aborto forzado a una mujer será castigado con prisión y multa.

Invitación para publicar

La revista **Género y salud en cifras** se enfoca en la difusión de distintos análisis sobre el tema de género en salud para avanzar hacia la igualdad de oportunidades y lograr el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo. Por esta razón es que invitamos a especialistas y personas estudiosas de la materia a colaborar con sus investigaciones.

Nuestros criterios de publicación son los siguientes:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica o especializada, testimonios o reseñas inéditas o reelaboraciones de materiales ya publicados. Es fundamental que estén documentadas de forma adecuada y que incorporen el análisis de género en salud.
2. Emplear letra Arial de 12 puntos a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión máxima de 20 a 25 cuartillas (incluyendo cuadros, gráficas, figuras y referencias bibliográficas), en el caso de ensayos y artículos de divulgación. Los testimonios o reseñas tendrán una extensión de 10 a 15 cuartillas. Las páginas deben estar numeradas y enviarse en archivo en formato Word.
3. Incluir un resumen de 250 palabras y de tres a cinco palabras clave que reflejen los principales temas abordados en la colaboración.
4. Enviar, como anexo, la semblanza curricular de quienes ostenten la autoría, indicando el correo electrónico que autoriza para su publicación.
5. Manejar lenguaje incluyente, no androcéntrico ni sexista, usando términos neutros o con referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Es conveniente utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara y explicativa.
6. Incorporar a pie de página solo notas aclaratorias e indicarlas con números romanos en superíndice (i, ii, iii, iv).
7. Los datos estadísticos deberán presentarse desagregados por sexo. Se considerarán cuadros los tabulados de cifras; las gráficas serán la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y finalmente, las figuras son dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Se numerarán en el orden que aparecen en el texto y deberán enviarse los datos de origen en un archivo Excel.
8. Utilizar el método de citación bibliográfica Vancouver, con las referencias de bibliografía en números arábigos en superíndice (1, 2, 3). Para consultar este tipo de citación se sugiere el siguiente vínculo:

1. <http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitasy-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>

Los artículos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de dos especialistas y de la aprobación final del Comité Editorial; proceso en el que se valoran los textos de manera respetuosa y propositiva respecto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información. Se mantendrá comunicación con las y los autores a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Envío de colaboraciones o solicitud de informes: gysenc@gmail.com

gob.mx/salud/cnegsr

