



Recibido: 3/10/2024
Aceptado: 16/12/2024

Colectivizar los cuidados y los retos del cuidado informal

Collectivizing care and the challenges of informal care

Gisela Carlos Fregoso¹/carlosfregosogisela@hotmail.com 

¹ Departamento de Historia. Universidad de Guadalajara

Resumen: Este artículo aborda las complejidades del cuidado en una pareja lésbica ante una situación de salud mental, para evidenciar cómo, además de las implicaciones de género que conllevan las prácticas de cuidado, también están atravesadas por otras opresiones como la lesbofobia y el capacitismo. Para ello, en un primer momento contextualizo el sistema de cuidados. Posteriormente, hablo sobre la relación intrínseca entre las prácticas de cuidados no valorados y cómo estos han sido relegados a las mujeres, y a qué nos enfrentamos si las mujeres ya no desean -o no pueden- realizar esta labor. En un tercer hablo sobre la ruta teórica metodológica También parto de conceptos como “cuidado informal”, el concepto de Estado heterosexual para revisar cómo repercute la lesbofobia en el tejido de redes de apoyo para personas cuidadoras informales. Como quinto momento y que forma parte de los resultados, explico mediante la autoetnografía, el tejido de redes, las estrategias llevadas a cabo como cuidadora informal, así como los aprendizajes adquiridos como cuidadora informal.

Palabras Clave: cuidado informal, salud mental, lesbofobia, pandemia, redes de apoyo.

Abstract: This article addresses the complexities of care in a lesbian couple in a mental health situation, to show how, in addition to the gender implications of care practices, they are also crossed by other oppressions such as lesbophobia and ableism. To do so, I first contextualize the care system. Subsequently, I talk about the intrinsic relationship between unvalued care practices and how these have been relegated to women, and what we face if women are no longer willing - or able - to do this work. I also start from concepts such as “informal care” and the concept of the heterosexual state to review the impact of lesbophobia on the fabric of support networks for informal caregivers. As a fifth moment and as part of the results, I explain through autoethnography, the weaving of networks, the strategies carried out as an informal caregiver, as well as the lessons learned as an informal caregiver.

Keywords: Informal Caregiver, mental health, lesbophobia, pandemia, support networks.

1. INTRODUCCIÓN: LA OBLIGACIÓN DE SER FELIZ

Los años 2017 y 2018 fueron momentos cruciales para discusiones entorno a las diferentes discriminaciones en México, como el racismo y o la lgtbfobia. Personalmente, durante esos años participé en una investigación que se volvió crucial en el entendimiento sobre la discriminación racial en México y América latina. Colaborar con activistas y académicas que ponían en el centro la experiencia personal sin separar los discernimientos y debates intelectuales, fue fundamental para mí y para lo que en términos llanos se le denomina como “salir del clóset” como una persona bisexual. A mis casi cuarenta años en ese entonces, salir del clóset significó para mí no solo una liberación de poder experimentar quién realmente pensaba yo que era, sino también, con toda la ingenuidad del mundo, me embargó una sensación que se resumía “por fin voy a ser feliz”, “por fin voy a poder ser yo misma”. A finales de ese año, dejé una relación heterosexual de casi una década y había conocido a una mujer abiertamente lesbiana, con quien inicié una relación; “es momento de casarme... no hay tiempo qué perder”, pensé. Así que, después de un año de relación contrajimos matrimonio en una pequeña ceremonia en la playa, con amigos y amigas cercanas. Todo parecía como un sueño. Sin embargo, a los pocos meses de casadas. el día 09 de marzo del 2020, el estado de Jalisco inició el cierre de instituciones educativas y se suspendieron labores en muchos empleos lo que significó el inicio de la llamada Cuarentena de la pandemia del Covid-19. Dos semanas después se hizo un llamado al “aislamiento voluntario” de todas las labores, incluidos los grandes centros comerciales. Para finales de abril del 2020, las calles de la ciudad de Guadalajara estaban vacías. Cuando muchas otras ciudades o incluso, otros países apenas se estaban resguardando o entrando en aislamiento por el Covid-19, en la ciudad de Guadalajara ya teníamos dos meses de encierro. Dado que mi pareja tomaba medicamento psiquiátrico por tener un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), decidimos buscar a su doctora para obtener una receta que le permitiera abastecerse de sus medicinas ya que varias farmacias también estaban cerrando sus puertas.

Es en este contexto que el presente artículo busca evidenciar y hacer un llamado de atención a los retos que implican las labores de cuidado entre mujeres con relaciones lésbicas, y cómo las labores de cuidado son afectadas por prácticas de exclusión como la lesbofobia y lo que más adelante explicaré capacitismo y falta de respeto a la autonomía, y cómo esto se vuelve un llamado a la colectivización de los cuidados. Generalmente se nos dice en la casa y en la educación formal que la práctica de cuidados y, particularmente, el autocuidado es fundamental para poder seguir con nuestras vidas, es decir, para poder seguir siendo productiva y seguir con nuestras actividades; pero muy poco se habla en el espacio doméstico y en la educación formal de la práctica de los cuidados como una manera crucial para el sostenimiento de la vida misma, ni mucho menos se nos dice la importancia de llevar a cabo los cuidados desde lo colectivo. Un elemento crucial en los cuidados colectivos para el sostenimiento de la vida diaria es

el tejer redes de apoyo y contar con vínculos filiales, familiares y afectivos que apoyen en los cuidados y así, sea posible la continuidad de la cotidianidad.

El salir de una relación heterosexual, para pasar a una relación abiertamente lésbica me permitió darme cuenta de los privilegios que brinda la heterosexualidad, como tener a disposición redes formales de apoyo como la familia o círculos cercanos de amigos y amigas -también heterosexuales- cuando una relación monogámica y heterosexual atraviesa por problemas afectivos o financieros, mientras que, en relaciones lésbicas, estas redes de apoyo no se tienen que dar por sentadas o ser obviadas, sino que se tienen que propiciar, construir, luego trabajar, y, sobre todo, cuidar para que perduren. Las redes de apoyo nos permiten no sólo navegar la vida, sino tener un equilibrio emocional y en nuestra salud mental.

En los últimos años, la pandemia nos hizo poner más atención en la importancia de atender nuestra salud mental, esta contribución tiene por objetivo propiciar más discusión sobre cómo el trabajo de cuidados está atravesado por otros prejuicios o por prácticas y actitudes que tienen que ver más con una interseccionalidad de opresiones y no sólo con tener -o no- condiciones materiales como recursos económicos, literacidad en salud mental o redes de apoyo.

En este sentido, este artículo se divide en cinco partes. En un primer momento contextualizo el sistema de cuidados, la violencia en las relaciones lésbicas y la salud mental. Posteriormente, en un segundo momento y basada en Denzin y Ribeiro hablo sobre la ruta teórica metodológica y parto de la autoetnografía interpretativa (Denzin, 2017) y de situar mi locus de enunciación como una forma de análisis (Ribeiro, 2020). En este mismo apartado, parto de conceptos como “cuidado informal” planteado por Ruiz y Moya (2012), y abordo desde el concepto de Estado heterosexual que explica Curiel Pichardo (2013), y el giro hacia “ser feliz” planteado por el trabajo de Sara Ahmed, para revisar cómo repercute la lesbofobia en el tejido de redes de apoyo para personas cuidadoras informales. En una tercera parte hablo sobre la relación intrínseca entre las prácticas de cuidados no valorados y cómo estos han sido relegados a las mujeres, y a qué nos enfrentamos si las mujeres ya no desean —o no pueden— realizar esta labor. Como quinto momento y que forma parte de los resultados, explico mediante la autoetnografía, el tejido de redes, las estrategias llevadas a cabo como cuidadora informal, así como los aprendizajes adquiridos como cuidadora informal, para cerrar con unas breves conclusiones.

2. CUIDADOS, VIOLENCIA EN PAREJAS LÉSBICAS Y SALUD MENTAL

Debido a un sistema de organización patriarcal, se suele pensar que las relaciones heterosexuales son las únicas que atraviesan por complejidades, problemas e incluso, por violencias, y se sabe poco sobre relaciones como las gayas o lésbicas. Por ejemplo, cuando se habla de violencia en la pareja, muchas veces se asume que se está hablando de una relación heterosexual.

Y, vaya, existen diversos tipos de violencia, y está comprobado que la violencia en relaciones heterosexuales es más letal que aquella en relaciones lésbicas o gays. Sin embargo, se cuenta con menos información sobre estas últimas. Incluso los programas y políticas para erradicar la violencia están pensados desde una lógica heterosexual. De hecho, en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares¹ del año 2011, la violencia de pareja es definida por dicha Encuesta como aquella ejercida por un hombre hacia una mujer, invisibilizando incluso, aquella violencia ejercida de un hombre a otro y más de una mujer a otra mujer (Padilla Guerrero, 2015). A esto, Padilla Guerrero se ha referido como estar en “un segundo clóset”, ya que se habla poco sobre la violencia que puede ocurrir en parejas lésbicas, afectando esto la creación de redes de apoyo con las cuales afrontar dicha violencia.

Esto nos debe de volver ciegas ante la violencia sistemática y continua que vivimos las mujeres. Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH), el 70% de las mujeres reportó haber experimentado violencia a lo largo de su vida, y el 51% de debió a violencia psicológica (INEGI, 2021). Además, en comparación con el 2016, todos los tipos de violencia ejercidos en contra de las mujeres incrementaron salvo uno: la violencia económica o patrimonial disminuyó un 3%². Particularmente, el estado de Jalisco pertenece al conjunto de estados que reportó mayores índices de violencia contra las mujeres en la ENDIREH 2021 del INEGI, con un 45.8% de índice de violencia, y sólo rebasado por entidades como Ciudad de México, Estado de México, Aguascalientes, Querétaro y Colima. Respecto a los ámbitos donde más se da la violencia, Jalisco ocupa los primeros lugares en el ámbito comunitario, y en el ámbito laboral (INEGI, 2021). Respecto al ámbito de pareja, Jalisco está en el lugar décimo cuarto a nivel nacional respecto al índice de violencia de pareja en los hogares.

Por su parte, en el 2018 el gobierno de México dio a conocer que el 25% de la población total del país presentaba algún problema de salud mental, siendo la bipolaridad, la esquizofrenia y la depresión causantes de discapacidad, es decir, que son condiciones mediante las cuales las personas pueden perder su funcionalidad (Gobernación, 2018). En abril del 2023, un año después de haber concluido la pandemia se llevó a cabo un evento en donde se reunieron instituciones gubernamentales y organizaciones civiles

1 Los tipos de violencia que reporta la ENDIREH son: 1) la violencia sexual, 2) la violencia psicológica, 3) la violencia física y 4) la violencia económica o patrimonial. Los ámbitos donde la ENDIREH estudia la violencia son: a) el escolar, b) el laboral, c) el comunitario, d) el familiar y por último e) el ámbito de pareja.

2 Del 29% bajó a un 27.4% según la ENDIREH. Se puede consultar a más detalle aquí: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf.

en el estado de Yucatán, México, para discutir los retos que enfrentaba este país en temas de salud mental (AMIIF, 2023). Entre los discursos que se impartieron es de destacar el de la Dra. Jacqueline Cortés, Presidenta de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, la cual señaló que la manera más eficaz de prevenir los trastornos de salud mental, iniciaba en el seno familiar y terminaba con los profesores que trabajaban con niños de primera infancia, ya que eran en esos espacios (la familia y la escuela) en donde se debían de promover hábitos de vida saludable, como si las personas con trastornos mentales fueran responsables de su propio diagnóstico, invisibilizando la dimensión estructural e histórica del problema.

Dos meses después, es decir, en mayo del 2023, salió a la luz mediante los medios de comunicación que en México existía una crisis de desabasto de medicamentos psiquiátricos a nivel nacional, ya que el gobierno federal, después de darle el monopolio del abastecimiento de medicamentos psiquiátricos a la empresa llamada Psicofarma, el mismo gobierno sancionó a la empresa por vender medicamento contaminado, dando como resultado el desabasto de medicinas psiquiátricas en todo el país (Vázquez, 2023), y el incremento del 500% de su costo. Dicho de otro modo, lejos de lo que planteaba la Asociación Psiquiátrica Mexicana, el problema se revelaba más complejo.

Solo hasta el 2024 fue cuando se diseñó y se llevó a cabo el primer Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias en México, por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). La perspectiva de la CONASAMA está enmarcada en el Programa Nacional de Seguridad Pública, porque relaciona la salud mental con el consumo de sustancias psicoactivas. Si bien la CONASAMA ve a la salud mental como parte fundamental de una política pública, también es cierto que se infiere que una persona puede caer en conductas identificadas como “problemas de salud mental” como las autolesiones o incluso el suicidio, como algo relacionado o causado por el consumo de psicoactivos. Esta perspectiva no sólo contribuye a la estigmatización problemas de salud mental=drogadicción, sino que borra de tajo la relación que existe entre las opresiones como el patriarcado o la lesbofobia, y su impacto en la salud mental de las personas. De acuerdo al CONASAMA, la primera condición por la que se solicitó atención en el ámbito de la salud mental fue la ansiedad (51.5%) y luego la depresión (25.9%) (Observatorio de Salud Mental 2024). El trastorno bipolar es una de las condiciones por las que menos se solicita atención, representando sólo el 1.4%.

3. RUTA TEÓRICA-METODOLÓGICA

Esta investigación tiene una perspectiva cualitativa, la cual busca comprender el detalle, la complejidad en el marco de un contexto determinado (Vasilachis de Gialdino, 2012). Además, es cualitativa ya que se entiende que lo investigado y aquello como se muestran los datos, están intrínsecamente relacionados con el lugar que tengo como investigadora, así como la interpretación que hago de la realidad. La investigación cualitativa

tiene diferentes escuelas; aquí partimos de la autoetnografía (Cornejo, 2013), o también llamada Autoetnografía Interpretativa (Denzin, 2017), la cual consiste en el estudio de nuestra biografía, pero adoptando cierta distancia interpretativa, característica del conocimiento antropológico (Krotz, 1991). Una característica de la autoetnografía interpretativa, según Denzin, es que esta permite tomar un momento particular de la vida, y de ahí hacer un desplazamiento en el tiempo (hacia atrás o hacia adelante), para comprender ese momento concreto, el cual arrojará luz entorno a un hecho social (Denzin, 2017). La perspectiva etnográfica parte de una historia personal, y la manera en que ese momento se convierte en signo, para entender cómo la vida de alguien se cruza con la historia, la política y la cultura (Denzin, 2017, p. 85).

Dado que el objetivo de este artículo es aportar información sobre las prácticas de cuidado informal y sus implicaciones mediante una experiencia concreta, tengo que explicitar mi locus de enunciación. En ese sentido, por lugar de enunciación entiendo como lo plantea Djamila Ribeiro cuando afirma que hemos normalizado posicionamientos políticos, epistémicos y, en general, posicionamientos ante la desigualdad, la injusticia y las opresiones. Hacer evidente el locus de enunciación, implica necesariamente “desestabilizar y trascender la autorización discursiva blanca, masculina, cisgénero y heteronormativa” (Ribeiro, 2020, p. 36). Es por ello que el lugar de enunciación es, en primera instancia, un instrumento teórico metodológico (Amaral, 2005) que nos permite evidenciar no nuestras experiencias personales, sino el lugar social que ocupamos y por tanto, cómo ese lugar determina lo que pensamos, lo que opinamos y sobre todo, nuestro posicionamiento o marcas políticas ante un mundo organizado por las desigualdades y las opresiones de género, raciales, de clase o de disidencia sexo-genérica, entre muchas más. Soy una profesora, que se identifica como mujer cis, bisexual, mestiza, clase media, con un alto grado de escolaridad, que creció en la costa del Pacífico mexicano, en un contexto de narcotráfico y que proveniente de madre soltera. Estas dos últimas características me hicieron ser muy cuidadosa y estar alerta de las situaciones de violencia como balaceras o no frecuentar ciertos lugares de la ciudad, mientras que provenir de un hogar monoparental me hizo ser una persona muy organizada, responsable y esquemática. Estas características fueron fundamentales -como explicaré más adelante- para realizar las labores de cuidado informal de mi pareja durante sus crisis de salud mental.

3.1. El Estado heterosexual

Existen instancias públicas y privadas que están enfocadas en tratar una condición mental; también en los últimos años han proliferado grupos de internautas concentrados en hacer comunidades virtuales para aquellas personas con “sufrimiento psíquico” o una condición mental. Tanto las instituciones públicas y privadas como los grupos en la web, oficialmente han estado abiertos a posibilidades como que, las redes de apoyo de una persona dependiente no necesariamente están regidas por la

heterosexualidad; es decir, que si una mujer decide buscar el apoyo de una instancia pública o privada para una dependiente con la cual sostiene una relación lésbica mediante el contrato de matrimonio, constitucional y legalmente en México es imposible negarle el servicio, y si así sucediera, sería un delito.

Pese a ello y a aquellas prácticas que podríamos calificar como “avances” constitucionales como la aprobación del matrimonio igualitario entre personas del mismo sexo el cual, en teoría, debería de brindar una equidad al momento de usar servicios públicos, los Estados nación, concretamente la formación del Estado mexicano, es producto, siguiendo las ideas de Ochy Curiel Pichardo, de un proyecto heterosexual (Curiel, 2013).

Esto quiere decir que el Estado, a través de sus instancias, supone que toda la población usuaria de sus instituciones, que todas las personas consideradas ciudadanas (con todo el peso colonial que este adjetivo tiene) son también consideradas heterosexuales, y de no serlo, como, por ejemplo, ser una pareja lésbica, se requiere explicitarlo. Basada en Curiel, esta sostiene que ello se debe que vivimos en un mundo en donde esta inferencia es una consecuencia de la heterosexualidad obligatoria (Curiel, 2013, p. 47). Es decir, basada en el trabajo de Rich, la heterosexualidad obligatoria es una institución política cuyos fines, entre otros, está el de disminuir el poder de las mujeres. De ahí se entiende que las instituciones llamadas “profesionales del cuidado” o “profesionales de la salud mental” asumen que la gente es heterosexual y por lo tanto, en el entorno inmediato, en la red cercana o en la familia hay una persona que puede seguir reproduciendo el trabajo feminizado como los cuidados (Sarmiento & Bonavitta, 2022).

3.2. El giro hacia “ser feliz”

En el 2010 Ahmed escribió que desde distintas corrientes y disciplinas había una impronta a ser feliz; esta era reforzada por las redes sociales y por el contenido en general e la web, e incluso, desde la primera década del siglo XXI se condujo un estudio a nivel internacional, el cual medía los niveles de felicidad y afirmaba saber cuál estado o nación era el más feliz (Ahmed, 2010). Esta impronta u obligación por ser feliz se ha recrudecido por aquellas perspectivas de psicología positiva que genera y refuerza imaginarios sociales u objetos de felicidad. Basada en Richard Layard, Ahmed problematiza que la felicidad puede ser entendida como “sentirse bien”, como si las emociones o los sentimientos pudieran ser medidos. De este modo, la demanda por ser felices crece día con día, como si el ser felices nos regresara a una sociedad ideal, o a los ideales de cierta sociedad, por tanto, el fracasar en “ser felices”, es sentir que fracasamos también hacia o para las ideas de cierta sociedad (Ahmed, 2010). Asimismo, Ahmed señala que la intencionalidad, la proximidad y el afecto crean “objetos de felicidad”, y uno de ellos, según la autora, es lo que conocemos como familia (Ahmed, 2010). De ahí la necesidad de que parejas lésbicas junto con sus hijos, o mascotas o cualquier ser vivo que conforme su entorno, sea considerado o elevado al estatus de “familia” o “miembro de la familia”. El poseer o estar próxima a

estos objetos de la felicidad, hace que nos acerquemos a estos objetos (como la familia) con cierta intencionalidad, como recibir afecto, recibir un bien; esto hace que el valor afectivo que se encuentra en la llamada “felicidad” o en “los objetos de la felicidad” se conviertan en un bien más, en algo acumulable (Ahmed, 2010).

En las relaciones lésbicas, los objetos de la felicidad pueden o no ser los mismos que aquellos preferidos por las relaciones heterosexuales; sin embargo, la impronta por la felicidad sigue ahí porque vivimos en un entorno que nos exige ser felices. Pero siguiendo las ideas de Ahmed, la felicidad se construye según la proximidad u orientación que las personas tenemos hacia estos “objetos de la felicidad”. Por tanto, por ejemplo, como una mujer con una relación lésbica, puedo concebir como “objeto de felicidad” el tener hijos, pero si no tengo proximidad u orientación hacia ese objeto, quizá esto me lleve a buscar otros objetos de felicidad, que coincida con otras personas. O sea “que la felicidad [o la impronta por ser feliz] conlleva el estar alineada con otras personas, el mirar todas juntas hacia cierto lado” (Ahmed, 2010, p. 45).

4. RESULTADOS

4.1. *Cuidados y mujeres*

Las prácticas de cuidado tienen género (García-Cantillo et al., 2023), es decir, que las prácticas de cuidado en general, pero sobre todo las prácticas de cuidado informal son consideradas una labor femenina “lo que lleva a las mujeres a ser el principal soporte histórico de la tarea de cuidar” (García-Cantillo et al., 2023, p. 491). Basadas en el caso colombiano y venezolano, también estas autoras nos dicen que los hombres tienden a concentrarse más en los recursos que tienen como cuidadores informales, mientras que las mujeres se enfocan más en las condiciones emocionales. Antes de la pandemia Larrañaga et al., llevaron a cabo un estudio de corte mixto en una comunidad vasca durante la primera década de este siglo y las autoras ya afirmaban que las mujeres cuidadoras informales presentan una mayor tasa de sedentarismo y menos horas de sueño y de descanso que los hombres cuidadores informales. También aseveraron que cuidar a familiares con quien se convive implica más afectaciones al bienestar de la persona cuidadora, ya que está de por medio la relación familiar y afectiva (Larrañaga et al., 2008). Los hombres cuidadores informales demostraron tener menos redes de apoyo que las mujeres, por lo que la red de apoyo de estos era más vulnerable, impactando esto en su salud; sin embargo, estos efectos negativos en la salud física y mental de los hombres cuidadores no es más mayor que los efectos que padecen las mujeres cuidadoras. Dicho de otro modo, tanto hombres como mujeres cuidadoras informales se enferman, pero estas últimas se enferman más ¿Por qué es esto? Porque, pese a que las mujeres tienden a tejer más redes de apoyo afectivo y psicoemocional, las mujeres seguimos cargando con el rol histórico de cuidar, lo que implica tareas como: la realización del trabajo doméstico, trabajos de cuidado mediante profesiones como la de ser maestras, ser tutoras, ser enfermeras,

o bien, cuidar informalmente a sobrinos, abuelos, hijos de amigos (Larrañaga et al., 2008).

Por su parte, Pérez Jiménez et al., nos hablan sobre un estudio aplicado en Cuba y nos dicen que las consecuencias que experimenta la persona cuidadora son varias, de las cuales se destacan: falta de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de vida social, la falta de recursos económicos o incluso se llegan a trastocar las percepciones de autoestima, o bien se llega a cuestionar si las labores de cuidado están siendo eficaces (Pérez Jiménez et al., 2013). Estas autoras encontraron que el primer grupo de cuidadores tenían 60 años o más, pero el segundo grupo predominante son las personas casadas entre 30 y 40 años, teniendo que cuidar a sus parejas más de 12 horas diarias (Pérez Jiménez et al., 2013). Es decir, que el estar casado(a) implica mayores horas de cuidado que si se tuviera otra clase de vínculo familiar (abuelos, hermanos). Aquí es importante destacar que si existe el matrimonio entre la persona cuidadora informal y la persona cuidada, la sociedad en general, o incluso las redes de apoyo toman distancia o se alejan, y asumen que la responsabilidad primordial debe ser la de la pareja, por lo que las personas cuidadoras informales realizan la labor en mayor soledad (Pérez Jiménez et al., 2013).

Ante la ausencia del cuidado profesional de parte de instituciones públicas, o ante la falta de recursos económicos para recibir cuidados del sector privado, las familias son las entidades que asumen el cuidado primario de las personas con condiciones mentales, o con alguna enfermedad incapacitante. Esto hace que las labores de cuidado configuren también las dinámicas familiares en donde distintos miembros asumen el rol de cuidar, pero que, en la mayoría de las veces y como se ha mencionado antes, son las mujeres las cuidadoras primarias. Sin embargo, estamos en un momento en donde el modelo de familia tradicional está cambiando, o bien, ya no es la única manera de formar una familia. Ahora existen familias interespecie, familias monoparentales, familias homoparentales, familias de acogida, familias extendidas, familias reconstituidas o familias adoptivas, entre otras. Esto obliga a que las labores de cuidado se replanteen, o al menos el modelo tradicional.

Desde 1996, el INEGI ha llevado a cabo una encuesta que intenta analizar cómo se emplea el tiempo en los hogares de México. En su encuesta más reciente durante el año 2019, esta Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT), dio a conocer que, del total de horas de trabajo a la semana, 5 de cada 10 horas son empleadas en trabajo no remunerado y que contribuye a la economía del país (INEGI, 2019). Una muestra de esto es que, mientras el 28% de los hombres le dedican su tiempo al trabajo no remunerado en sus hogares, las mujeres representan 67% (INEGI, 2019). También en esta encuesta se señala que las mujeres reportaron dedicarle semanalmente a su trabajo 38 horas; a los trabajos del hogar: 39 horas a la semana, y a los quehaceres para producir cosas para el hogar: 5.6 horas semanalmente. Esto quiere decir que se le dedica aproximadamente 4 horas diarias al trabajo no remunerado en el hogar, y estas 4 horas son llevadas a

cabo por mujeres; lo anterior sin contar los trabajos de cuidados pasivos o cuidado informal (INEGI, 2019), el cual es el que se lleva a cabo con personas que requieren vigilancia o atención continua en el hogar, como tal vez son las personas con alguna condición mental. Respecto al trabajo de cuidados, la ENUT también da cuenta que son las mujeres que no son económicamente activas las que llevan a cabo el mayor número de horas de cuidado informal; sin embargo, eso no quiere decir que las mujeres que sí son económicamente activas queden eximidas de los cuidados informales, por lo que se reporta que realizan 10.1 horas a la semana de cuidados informales (INEGI, 2019).

Si bien el modelo de salud mental que se persigue es aquel en donde la persona cuidada no sea aislada ni alejada de su entorno, esto tiene implicaciones para las familias o las redes de apoyo más cercanas, ya que son las que deben de asumir el cuidado de la persona dependiente. Lo ideal sería tener un modelo híbrido en donde tanto la comunidad como las instituciones participen, o bien modificar patrones culturales en donde las personas neurodiversas o con alguna discapacidad puedan ser partícipes de la vida cotidiana.

4.2. La situación

El 09 de marzo del 2020 inició el confinamiento en la ciudad de Guadalajara. Las clases en la escuela donde trabajaba concluyeron, y para junio del 2020 comenzamos a escuchar sobre las muertes de familiares de amigos por el Covid-19³. Para finales del año 2020, dado que tanto mi pareja como yo éramos fumadoras, se nos alertó que teníamos más probabilidades de contagiarnos de Covid⁴, lo que nos hizo tener un aislamiento más riguroso. Si bien yo salía a hacer las compras de la casa, pasear a las mascotas y hacer algunos mandados a mi familia, mi pareja no salió a la calle durante 7 meses y la única persona con la que hablaba de manera presencial era conmigo. Ella estaba tomando su tratamiento psiquiátrico y un día, simplemente lo dejó. Los argumentos fueron varios, pero uno de ellos fue que “le dolía la sangre”. Esta frase me pareció fuera de lugar, pero nunca pensé que era un síntoma de que su salud mental se estaba trastocando. De alguna manera tenía conocimientos generales sobre el Trastorno Bipolar, así que ya me había mentalizado a que, en algún momento de nuestro matrimonio, mi pareja pasaría por algún episodio de depresión pero que, luego de retomar su tratamiento volvería a la “normalidad”.

3 Para conocer más sobre el manejo de la pandemia en el estado de Jalisco, se puede consultar: <https://coronavirus.jalisco.gob.mx>

4 Pese a las recomendaciones oficiales por parte del gobierno federal durante la pandemia, nosotras decidimos que era mejor mantener el aislamiento como una medida preventiva; sin embargo, dicho aislamiento riguroso trajo consecuencias. Se puede consultar aquí las medidas preventivas oficiales: <https://coronavirus.gob.mx/prevencion/>

Cuando mi pareja dejó su medicación, lo primero que noté fue que ella comenzó a tener mucha energía. Dado que había varios instrumentos musicales en la casa, ella comenzaba a tocarlos y a cantar por la mañana y podía seguir hasta el día siguiente, sin hacer una pausa, teniendo como consecuencia la disminución de sus horas de sueño y las mías. Después de estos días eufóricos, ella cayó en cama y dijo que la pandemia la tenía deprimida; así duró aproximadamente un mes en el cual bajó de peso y comió muy poco, ya que dormía todo el tiempo. Posteriormente se levantó diciendo que ya se sentía mejor y que debía retomar su vida. Ese día en la noche ingirió varias cantidades de pastillas psiquiátricas, lo que le hizo estar dormida durante tres días continuos. Yo estaba en constante contacto con su doctora y esta me advertía que debía de vigilar a mi pareja constantemente de modo que no volviera a ingerir tantas pastillas. Un par de semanas después, descubrí a mi pareja confundiendo los nombres de sus amigos, rompiendo objetos, tirando los muebles de la casa y caminando sin parar. La psiquiatra me recomendó internarla, pero el solo hecho de pensar en hospitales psiquiátricos me aterró, así que me opuse y le dije que yo me quedaría en casa con ella. Días más tarde, mi pareja volvió a ingerir varias pastillas psiquiátricas pero esta vez se había encerrado en las habitaciones. Ese día decidí marcar a su familia que vivía en Sudamérica; les comenté los episodios de depresión y los brotes psicóticos, y que la psiquiatra me había recomendado internarla. Su familia se mostró incrédula ante lo que les estaba diciendo, y me dijeron que tal vez solo estábamos teniendo una crisis matrimonial por lo que necesitábamos mejorar la comunicación en pareja.

Basta decir que me quedé atónita y no podía creer la negación de la familia ante la situación. Sólo un miembro de su familia, la de mayor edad, la abuela, nos mandó dinero y nos sugirió contratar enfermeras particulares para que atendieran la situación y mi pareja pudiera retomar su tratamiento. Tampoco mi familia se ofreció a ayudarnos, su respuesta fue *“¿te querías casar, no? Pues ahora, a atorarle”*, como queriéndome dar una lección sobre haber elegido contraer matrimonio con una mujer. Quizá fue ahí donde, por primera vez, entendí que empezaba un solitario y largo camino de cuidadora primaria e informal.

4.3. Redes de apoyo, el factor de clase y redes sociales

Una vez que recibimos el dinero para pagar un servicio de cuidado profesional, mediante la ayuda de la psiquiatra comencé a buscar a varias enfermeras, hasta que encontré a un grupo de estudiantes de medicina que tenían una especie de micro empresa, en donde contrataban a mujeres jóvenes, precarizadas, que se estaban formando en la carrera de enfermería, y estos estudiantes de medicina les conseguían a las enfermeras clientes o casos como el que yo estaba atravesando. Como ya se ha discutido mediante otros casos y desde hace más de una década, generalmente la actividad de ser cuidadora primaria es realizada por mujeres jóvenes, de poca escolaridad y de estratos socioeconómicos bajos (Pérez Jiménez et al., 2013; Vaquiro & Stieповich, 2010). Me pasaron una lista de posibles candidatas y a todas ellas

les tuve que plantear la situación; les comenté que se trataba de cuidar a una persona que estaba teniendo problemas de salud mental, que debían de supervisar que tomara sus medicamentos, que comiera tres veces al día y de preferencia, que saliera una vez al día a caminar al menos 15 minutos, ya que esas habían sido las indicaciones de la psiquiatra. Cuando las enfermeras se enteraban de que el trabajo no consistía en bañar ni cambiar a personas adultas mayores, aceptaban gustosas, pero cuando les decía que éramos una pareja lésbica, desistían y se justificaban diciendo que les había salido otro trabajo mejor pagado. Otra enfermera comentó que sólo tomaría el trabajo si le compraba juegos de mesa, ya que aceptó que se ponía muy nerviosa al trabajar con pacientes con problemas de salud mental. Finalmente, las únicas dos enfermeras que se quedaron durante un mes, nos pidieron dinero, tomaban prestados objetos personales tanto míos como de mi pareja y a una de ellas, yo le tenía que ayudar a hacer sus tareas de la escuela o proporcionarle computadora para realizarlas. Las enfermeras nos acompañaban a todas partes, pero yo tenía que resolver, además de sus gastos, sus hospedajes, sus comidas, sus traslados. Incluso, en algún momento pensé que tenía menos carga como cuidadora informal, pero ahora tenía que resolver otras cosas de las enfermeras, de modo que la carga mental seguía ahí. Es decir, las tareas de cuidados están mediadas por elementos como el género y la clase social en donde las mujeres somos las que realizamos un trabajo no pagado, no reconocido, no profesional y que está medido por nuestra moral, nuestros principios, el afecto y el cariño. Sin embargo, pese a que las investigaciones que he mencionado indiquen que son las mujeres más precarizadas las que generalmente realizan las labores de cuidado informal o cuidado primario, el ser de clase media, o tener condiciones económicas suficientes no quiere decir o no me eximía del trabajo de cuidados por completo

Pedí ayuda a la red de amigas más cercanas, solicitándoles que me apoyaran quedándose un rato con mi pareja una vez a la semana, de modo que yo pudiera recuperar mi sueño, ya que, por ese entonces, dormía muy poco. La pandemia tenía más de un año de haber iniciado y las vacunas estaban por distribuirse en todo el país. Para ese momento, ya se hablaba más sobre el colapso mental por lo que muchas personas estaban atravesando, había podcast, redes sociales para hablar de depresión y en medios de comunicación cada vez salían más notas sobre el tema. Sin embargo, pese a que ya había más información, mucha gente desconocía en qué consistía el TAB y las impulsividades que caracterizaban a los episodios de manía, hipomanía o brotes psicóticos. Varias de mis amigas dudaron si mi pareja realmente había pasado por episodios psicóticos *“es pura mentira eso del TAB, para mí que se está haciendo la loca”* decían; incluso en alguna ocasión recibí el consejo por parte de una conocida, de expulsar a mi pareja de la casa si se rehusaba a seguir el tratamiento psiquiátrico. Para mí, todo era muy confuso; nadie quería venir a la casa en ese 2021 dado que seguíamos en pandemia, era muy complejo lograr que las personas escucharan mi situación y, sobre todo, la psicóloga que en aquel entonces

me estaba atendiendo, me aconsejó que internara a mi pareja y me divorciara en secreto. De modo que el tejer redes se volvió todo un reto.

Balanta y Cardona señalan que las redes de apoyo para parejas lésbicas, gays o bisexuales son fundamentales no sólo para mantener un bienestar mental, sino que son cruciales en el sostenimiento de la vida. Estas redes provienen de lo que se conoce como “la comunidad” Lgbtttiq+ ante la ausencia de apoyo de la familia (Balanta Ramos, María; Cardona Vargas, 2024). También, ante la ausencia del apoyo familiar, el trabajo de Balanta y Cardona evidencia que el ser parte de organizaciones, colectivos o grupos de base también se vuelve crucial en el tejido de redes de apoyo. Por su parte, la experiencia de Mayorga Chong con mujeres lesbianas de Quevedo, Ecuador, sostiene que es el silencio o el no hablar de las relaciones lésbicas lo que permite la continuidad de la relación entre una mujer con una relación lésbica y su familia. Incluso, parte del sostenimiento de esta relación familiar se basa en el interés económico que las familias tienen hacia las mujeres lesbianas o bisexuales ya que estas muchas veces, alcanzan una autonomía financiera (Mayorga Chong, 2019). Por su parte, en su investigación con mujeres lesbianas de Granada, Alonso Vidal nos dice que también hay una romantización patriarcal de las relaciones lésbicas, en las cuales se espera que “duren para toda la vida”, o se espera que estén regidas por la monogamia (Alonso Vidal, 2018).

Con toda esta situación, encontré grupos en redes sociales que eran exclusivos para familiares de personas con TAB. Estos grupos estaban conformados por muchas personas de Latinoamérica y fueron de gran ayuda para conocer otras experiencias sobre qué implicaciones tenía ser una cuidadora primaria y única de una persona con TAB. Nos compartíamos situaciones concretas, nos dábamos consejos sobre cómo actuar ante casos de depresión o manía de nuestras parejas e incluso encontré parejas lésbicas a las cuales les podía marcar cuando ocurría una situación compleja. Éramos una pequeña comunidad que estábamos en constante comunicación. Las bases que nos unían eran tres, fundamentalmente: tratar de evitar el internamiento de nuestros familiares, siempre exhortar a que no dejaran el tratamiento las personas con TAB y adaptar nuestro estilo de vida a las necesidades de nuestro familiar. Este tipo de modificación en la rutina familiar, es muy común cuando hay una persona dependiente (Bonavitta, 2020; Luis Moya Albiol & N. Ruiz Robledillo, 2012; Sarmiento & Bonavitta, 2022), pero también es cierto que las cuidadoras informales dejamos gran parte de las actividades que realizamos, para dedicarnos completamente a la persona dependiente, y esto fue lo que me sucedió cuando encontré este grupo en redes. Todo giraba en torno a hacerle la vida funcional y más fácil a la persona dependiente. Y, como ya se ha discutido en la literatura, los grupos de redes sociales sólo afianzan la figura y codependencia entre cuidadora informal-persona dependiente, invisibilizando el rol que pueden jugar otras instancias tanto comunitarias, como redes filiales o parentales. Si bien yo seguí con mi trabajo, las rutinas cotidianas cambiaron en casa: no se podía hacer ruido sino hasta después de las 14hrs dado que mi pareja

dormía de día y estaba despierta en la noche; en la casa había música clásica todo el día ya que me habían sugerido no tocar música que la alterara ni a volumen alto; no podía comer cerca de ella debido a que durante el episodio psicótico desarrolló misofonía, o aversión a ruidos como masticar la comida, beber agua o cualquier ruido relacionado con la boca. Adoptamos gatos para que adquiriera rutinas como limpiarlos o darles de comer, entre otras cosas.

4.4. *Buscar estrategias para cuidar*

Según la literatura sobre cuidados, existe el Modelo Transaccional del estrés planteado por Lazarus y Folkman (1984), el cual dice que, ante las demandas por parte del dependiente o persona cuidada, el cuidador informal valora si dicha demanda resulta una amenaza o es algo benigno para su bienestar. A esto se le conoce como evaluación primaria (Luis Moya Albiol & N. Ruiz Robledillo, 2012). Si esta demanda hecha por la dependiente resulta una amenaza, se hace una segunda valoración sobre cómo afrontarla; esto es la evaluación secundaria. Y si no se puede resolver después de la evaluación secundaria, se genera una situación de estrés, lo que hace que la persona cuidadora ponga en operación todos los recursos con los que dispone individualmente para afrontar la situación (Luis Moya Albiol & N. Ruiz Robledillo, 2012).

Uno de los retos cotidianos más grandes cuando se convive con una persona con TAB, es el manejo de la irritabilidad. Cuando una persona dependiente con TAB está irritable todo el tiempo, es uno, entre tantos síntomas, de lo que se conoce como hipomanía, es decir, un pico en el estado de ánimo que es canalizado mediante el enojo; si estos picos no se controlan, pueden escalar a episodios de manía; eso quiere decir que se pueden desencadenar impulsividades o picos emocionales más fuertes que pueden tornarse peligrosos tanto para la persona dependiente, como para la persona cuidadora (Alejandro Koppmann, 2012; Holmgren G. et al., 2005; Ospina M. et al., 2009).

La primera estrategia que llevamos a cabo fue el tener instrumentos musicales en casa. Los primeros meses los instrumentos funcionaron, pero una vez que estos ya no eran novedad, mi pareja ya no los volvía a tocar y caía en depresión o en episodios de hipomanía. La segunda estrategia fue buscar un espacio donde pudiera nadar; afortunadamente había uno cerca de casa, pero luego ella desistió bajo el argumento de que la alberca era muy pequeña. La tercera estrategia fue hacernos de un aparato para caminar en casa, lo que funcionó durante aproximadamente seis meses. Posteriormente nos propusimos ir a la playa cada tres o cuatro meses, pero como ahora teníamos mascotas, se volvió un detonador de estrés el salir con perros y gatos. Como mencioné al inicio de este texto, la ciudad estaba pasando por una de sus peores rachas de violencia y crisis de desaparición de personas en el estado de Jalisco, lo que generó una fuerte ansiedad en mi pareja que impedía que saliera sola a la calle. Estas estrategias las pusimos en operación durante el año 2021 y el 2022. Finalmente, mi pareja adquirió consolas de videojuegos, y al inicio, eso parecía darle una estabilidad; su estado de

ánimo ya no presentaba picos o, al menos, eso creía yo. Sin embargo, pese a la aparente calma, el aislamiento continuó ya que ella se la pasaba encerrada jugando.

De nuevo mi pareja volvió a dejar el tratamiento y sus horas en los videojuegos incrementaron: primero fueron seis horas, luego diez, hasta que llegaron a las doce horas. Mi carga laboral aumentó y sólo nos veíamos un rato en la noche; a diferencia de los años de pandemia yo tenía que realizar mi trabajo de manera presencial, por lo que ya no podía desvelarme, lo que originó que casi nos viéramos muy pocas horas al día. Como dije antes, el ser una cuidadora primaria de una persona que tiene alteradas las horas de sueño, no es sencillo, ya que implica modificar nuestras propias rutinas.

Después de varios meses de intentar estrategias para que retomara el tratamiento, no logré tener éxito. Iban a ser casi tres años desde que inició la pandemia, ya no podía controlar las alteraciones en su estado de ánimo, y poco a poco fui cayendo en una depresión funcional, en donde no dejaba de hacer todas las tareas domésticas, no dejaba de checar que mi pareja comiera bien y supongo que después del episodio psicótico de la pandemia, me bastaba con que ella no se autolesionara o no ingiriera sobredosis de pastillas. Como consecuencia de todo esto, caí en un alcoholismo en donde todos los días ingería alguna cantidad, tal vez muy pequeña, pero constante. Por esas mismas fechas me diagnosticaron una enfermedad en la tiroides, así que tuve que iniciar un tratamiento largo el cual tenía por epicentro modificar mi alimentación y tener más y mejores horas de sueño. Esta enfermedad me hizo concentrar las energías en mi recuperación y en mi estabilidad, lo que implicó dedicarle menos horas al cuidado informal.

4.5. ¿Qué aprendizajes hay?

De acuerdo con Leal y Escudero, para entender la complejidad del cuidado de personas con algún trastorno mental, es preciso comprender que la co-dependencia no es sólo de cuidadora a persona dependiente, sino que también la cuidadora depende de otros para seguir realizando su labor, sin dejar sus actividades (Leal Rubio, José; Escudero Nafs, 2006). Sin embargo, esto es muy poco difundido debido a los prejuicios sobre salud mental que existen. Entre los prejuicios y estereotipos más comunes está que una persona bipolar puede cometer actos de violencia o que no tiene el raciocinio suficiente como para tomar decisiones, o elegir la forma en que la persona dependiente desea ser cuidada.

Lo anterior hace que las personas cuidadoras informales tomemos decisiones por la persona dependiente sin, necesariamente, consultarle, solo por hecho de que pensamos que es lo mejor. Leal y Escudero afirman que esta práctica es muy común en las labores de cuidado; lo importante aquí es notar que la persona que está determinando si la persona dependiente puede o no ser autónoma, es la persona que realiza las labores de cuidado informal. Leal y Escudero le nombran como “autonomía atribuida” (Leal Rubio, José; Escudero Nafs, 2006, p. 3). Esto quiere decir que la persona que cuida está decidiendo si la persona dependiente es autónoma

o no, y qué grado de autonomía tiene. Mientras que, la persona dependiente puede tener otra percepción sobre su “autonomía sentida”, o el grado de autonomía que es capaz de ejercer. Y la autonomía atribuida por la persona cuidadora informal, no siempre puede concordar con la autonomía sentida de la persona dependiente.

También Leal y Escudero aseveran que para que se teja una relación de respeto y valoración entre la cuidadora informal y la persona dependiente, la persona cuidadora debe de respetar esta autonomía sentida y no creer que las personas dependientes no pueden tomar sus propias decisiones. Esto parece muy sencillo, pero en la vida diaria las personas cuidadoras desarrollamos ciertas conductas viciosas, como querer decidir por la otra persona, pensar que no es capaz de hacer algo por sí misma, o infravalorar sus capacidades de decisión. Al mismo tiempo, las redes de apoyo más cercanas, el sistema médico y las instituciones con las que interactuamos día con día refuerzan estas conductas viciosas en las personas que somos cuidadoras informales, lo que exime tanto a las redes de apoyo, al sistema médico y a las instituciones de sus propias responsabilidades de su corresponsabilidad de involucrarse, o hacer “aportes sociales” (Leal Rubio, José; Escudero Nafs, 2006, p. 17). Por aportes sociales, los autores se refieren como : *“apoyo al empleo, eliminación de barreras de distinto tipo, prótesis diversas, ayudas domiciliarias o alojamientos más o menos temporales”* (Leal Rubio, José; Escudero Nafs, 2006, p. 17).

Por ejemplo, cuando mi pareja tenía episodios de depresión, sus compañeras de trabajo o su entonces jefa, me marcaban para tomar una decisión que debía de ser consultada por la persona dependiente y no por mí. Al principio, como nunca había estado en una situación así, me pareció fácil y práctico tener que resolver cosas laborales de la persona dependiente en ese instante, y no esperar a que esta saliera del episodio de depresión. Esto me llevó a tomar más decisiones de tipo laboral de mi pareja, como su participación en foros, decidir sobre viajes laborales, entre otras cosas. Si bien de fondo estaba la intención de que la persona dependiente saliera del episodio de depresión y se incorporara a la vida corriente, también junto con esta intención, estaba la falta de respeto a su autonomía, como lo señalan Leal y Escudero. Al mismo tiempo, los colegas de trabajo de la persona dependiente no tenían que lidiar con la situación de depresión de una de sus colegas, en lugar de esperar a que mi pareja se incorporara a la vida cotidiana, o bien, acercarse a ella para involucrarse y favorecer que saliera de la depresión.

5. CONCLUSIONES

En este artículo se abordó las maneras en que se ha asumido el cuidado en México y en otras geografías. En los diferentes contextos y lugares, se coincide en que el cuidado recae en las mujeres, particularmente en mujeres precarizadas, con menor escolarización y mujeres jóvenes. Además, se explica que las prácticas de cuidado están mediadas por las relaciones afectivas, por la moral de las cuidadoras y muchas veces por

ejercer la función de parejas de las personas cuidadas, lo que hace aumentar las horas de cuidado y que la red no se involucre en dicho cuidado.

Cuando la relación entre cuidadora informal y persona dependiente está caracterizada por una relación lésbica, se torna más complejo tejer redes de apoyo debido a prácticas de exclusión como la lesbofobia. El apoyo puede provenir, en todo caso, por comunidades de internautas, grupos sobre neurodivergencia los cuales están mediados por el anonimato y la distancia, lo que facilita la comunicación; sin embargo, este apoyo “virtual” coloca toda la responsabilidad y capacidad de acción en la persona cuidadora informal, lo que refuerza su carga de trabajo y sus responsabilidades.

Dado que los cuidados informales se caracterizan por proporcionar servicios que no son profesionales, en el domicilio de la persona dependiente, y en cuya relación cuidadora-dependiente, media una relación de afectividad, los cuidados informales tienen una fuerte carga moral que muchas veces se asume en solitario. Ante esta situación, se pueden llevar a cabo múltiples estrategias como musicoterapia, actividades deportivas o simplemente tener una rutina establecida en donde no sólo la persona cuidadora esté involucrada, sino que se reciban “aportes sociales” desde diferentes fuentes, como desde el espacio laboral, desde las redes filiales o parentales. En suma, las labores de cuidado de personas dependientes con alguna condición mental, es preciso que sean asumidas de manera colectiva y siempre respetando la autonomía de la persona dependiente, porque, pese a que necesite diferentes cuidados, no se debe de perder de vista la humanidad de la humanidad de la persona, y que así como la persona dependiente necesita ayuda, también las cuidadoras informales la necesitamos.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, Sara. 2010. *The promise of happiness*. Duke University Press.
- Alonso Vidal, M. J. 2018. “¿No irá a hacer una tesis sobre sus amigas?” *Relaciones de género en las parejas de lesbianas*. Universidad de Granada.
- Amaral, Márcia Franz. 2005. Lugares de fala: um conceito para abordar o segmento popular da grande imprensa. *Contracampo*, 12Enero/julio, 7–31.
- Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica. 2023. *En México, sólo el 20% de las personas con enfermedades mentales reciben atención profesional*. Noticias de Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica. <https://amiif.org/en-mexico-solo-el-20-de-las-personas-con-enfermedades-mentales-reciben-atencion-profesional/>
- Balanta Ramos, María Alejandra; Cardona Vargas, Saray. 2024. *Ir más allá del estigma: Experiencias sobre la violencia y la búsqueda de apoyo, en un grupo de mujeres lesbianas y bisexuales en Risaralda y Valle del Cauca en el año 2024*. Universidad Católica de Pereira.

- Bonavitta, Paola. 2020. Cuidados invisibles y cuerpos para otros. Un estudio de caso de mujeres de Córdoba, Argentina. *Cuadernos Inter.c.a.Mbio Sobre Centroamérica y El Caribe*, 172, e43759. <https://doi.org/10.15517/c.a.v17i2.43759>
- Cornejo, Giancarlo. 2013. La guerra declarada contra el niño afeminado: Una autoetnografía "queer." *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, 039, 79. <https://doi.org/10.17141/iconos.39.2011.747>
- Curiel, Ochy. 2013. *La Nación Heterosexual. Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*. Brecha Lésbica. En la Frontera.
- Denzin, Norman K. 2017. Autoetnografía Interpretativa. *Investigación Cualitativa*, 21, 81–90.
- García-Cantillo, Clara, Reyes-Ruiz, Lizeth, Navarro-Obeid, Jorge, Sánchez-Villegas, Milgen, & Cervantes-Gil, Zamira. 2023. Conceptualizaciones del cuidado informal y su contribución a la visibilidad del cuidador. *Gaceta Medica de Caracas*, 1313, S489–S494. <https://doi.org/10.47307/GMC.2023.131.s3.23>
- Holmgren G., Dagmar; Lermenda S., Víctor; Cortés V., Clara; Cárdenas M., Isabel, Aguirre A., Karen & Valenzuela A., Karem. 2005. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 434, 275–286. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272005000400002>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2019. *Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2021. *Encuesta Nacional sobre las Dinámicas de las Relaciones en los Hogares 2021*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf
- Koppmann, Alejandro. 2012. Diagnosing bipolar disorder. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 235, 543–551. <https://doi.org/10.1016/S0716-86401270348-6>
- Krotz, Esteabn. 1991. Viaje, trabajo de campo y conocimiento antropológico. *Alteridades*, 11, 50–57.
- Larrañaga, Isabel; Martín, Unai; Bacigalupe, Amaia; Begiristáin, Jose María; Valderrama, María José & Arregi, Begoña. 2008. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 225, 443–450. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19000525>
- Leal Rubio, José. 2006. La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental. In *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental* pp. 1–33. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ruiz-Robledillo, N. & Moya-Albiol, L. 2012. El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22–30. http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- Mayorga Chong, Johanna. 2019. *Condiciones de vida de la comunidad lésbica de origen Montubio en la ciudad de Quevedo. Vulnerabilidad y estrategias*

- colectivas de sostenimiento*. Universidad Politécnica Salesiana, Sede Quito.
- Observatorio de Salud Mental y Adicciones, 2024. *Desafíos y esperanzas: abordando la salud mental y las adicciones en la actualidad*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/923815/INFORME_PAxS_2024.pdf
- Ospina M., Doris; Zuvic R., Fernando I. & Lolas S., Fernando. 2009. Trastorno bipolar desde la perspectiva de los familiares. *Trastor. Ánimo*, 51, 28–36. <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/lil-583451>
- Padilla Guerrero, Paulina. 2015. La violencia no discrimina: relaciones lésbicas. *Memoria Del Coloquio De Investigación En Género Desde El Ipn*, 1, 411–428.
- Pérez Jiménez, Dianellys; Rodríguez Salvá, Armando; Herrera Travieso, Mercedes Delia; García Roche, René; Echemendía Tocabens, Belkis & Chang de la Rosa, Martha. 2013. Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 512, 174–183. <http://scielo.sld.cuhttp://scielo.sld.cu>
- Ribeiro, Djamila. 2020. *Lugar de enunciación*. Ediciones Ambulantes.
- Sarmiento, Laura & Bonavitta, Paola. 2022. Cuidados expropiados como política del engranaje tecnoproductivo. Sostenimiento autoetnográfico de la vida en la era pandémica. *Investigaciones Feministas*, 131, 115–125. <https://doi.org/10.5209/infe.77849>
- Secretaría de Gobernación. 2018. *Trastornos mentales afectan a 15 millones de mexicanos*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/421-trastornos-mentales-afectan-a-15-millones-de-mexicanos>
- Vaquiro, Sandra & Stieповich, Jasna. 2010. Cuidado Informal , un reto asumido por la mujer. *Ciencia Y Enfermería*, XVI2, 9–16. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002
- Vasilachis de Gialdino, Irene. 2012. La investigación cualitativa. In I. Vasilachis de Gialdino Ed., *Estrategias de investigación cualitativa* pp. 23–64. Gedisa.
- Vázquez, Fabiola. 2023, May. Medicamentos psiquiátricos: el nuevo problema de desabasto. *Gatopardo*, s/p. <https://gatopardo.com/podcast-gatopardo/medicamentos-psiquiatricos-el-nuevo-problema-de-desabasto/>