

# El apoyo social entre familias mexiquenses cuando se padece y muere por COVID-19

Elia Nora Arganis Juárez\*

## La perspectiva antropológica sobre los problemas de salud

En el campo de la antropología médica anglosajona se han utilizado diversos conceptos para describir, analizar e interpretar los problemas de salud. Cada uno alude a diferentes dimensiones de este proceso: *disease* (enfermedad), por ejemplo, se refiere a los cambios físicos que ocurren en el cuerpo (Fabrega, 1979: 566; Kleinman, 1980: 79): desde la biomedicina, la enfermedad es reconfigurada únicamente como una alteración en la estructura o el funcionamiento biológico (Kleinman, 1988: 5).

Por otro lado, *illness* (padecimiento) “plantea cómo la persona enferma y los miembros de la familia o red social más amplia, perciben, viven con, y responden a los síntomas y la discapacidad” (Kleinman, 1988: 3).<sup>1</sup> Esta experiencia de sentir y sufrir una serie de síntomas tiene que ver con la vivencia de vigilar los procesos corporales, las expectativas creadas alrededor de estos procesos, las categorías y explicaciones del sentido común accesibles a todas las personas del grupo social y los juicios de los pacientes sobre cómo enfrentarlos (Kleinman, 1988: 4).

Por su parte, el término *sickness* se utiliza para referir una dimensión social más amplia; define “como la comprensión de un desorden, en su sentido genérico, a través de una población en relación a las fuerzas macrosociales (económicas, políticas, institucionales)” (Kleinman, 1988: 6).<sup>2</sup>

La *Illness Anthropology* analiza las dimensiones individuales de la enfermedad como experiencias con una traducción semántica y semiológica que puede ser explorada hermenéuticamente. Para Kleinman, los sistemas médicos han de ser explicados como sistemas culturales: la variación en los modelos del médico y el paciente reflejan entendimientos o diferencias culturales subyacentes ya que la enfermedad es socialmente construida en formas distintas en el contexto diario de la práctica bio-

\* Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM (enarganis@gmail.com).

1. “Illness refers to how the sick person and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability” (traducción propia).

2. “... sickness, and define it as the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macro social (economic, political, institutional) forces” (traducción propia).

médica y en los sistemas de curación popular, lo que puede provocar conflictos entre médicos y pacientes (Kleinman y Mendelsohn, 1978: 315-319).

Kleinman propuso el concepto de modelo explicativo del padecimiento (*explanatory model of illness*) que se basa en la antropología cognitiva y en la premisa de la construcción social de la realidad, usa una aproximación interactiva, enfatizando las variaciones entre los modelos de los pacientes y médicos. Los modelos explicativos, nociones acerca de la enfermedad y su tratamiento son utilizados por curadores y pacientes en todos los sistemas de salud (Kleinman, 1980: 104)

Los modelos explicativos permiten a las personas enfermas ordenar, comunicar y controlar simbólicamente sus síntomas, así como establecer conductas prácticas en los tratamientos (Kleinman, 1988: 49). Estos conceptos se han utilizado sobre todo en el análisis de las enfermedades crónicas, sin embargo, al sufrir una enfermedad aguda como COVID-19, también se construyen modelos explicativos sobre el padecer que guían los itinerarios terapéuticos o se plantean como las opciones utilizadas para enfrentar el padecer: el apoyo social otorgado por grupos primarios, como la familia, juega un papel fundamental.

Freidson (1978) señala que la familia y las redes sociales son los grupos de referencia más significativos para el individuo porque son los recursos que orientan sus valores y normas en sus actitudes y conductas. La familia, desde la perspectiva antropológica, es una unidad económica y social formada por personas relacionadas entre sí por parentesco consanguíneo o por afinidad. Los miembros de una familia siempre tienen derechos y obligaciones recíprocas, particularmente económicas (Ember *et al.*, 2004).

Dentro de las familias tiene un papel fundamental el género entendido como las características atribuidas socialmente a partir del sexo biológico (Figuroa, 1997). Tradicionalmente, a las mujeres se les ha asignado una mayor responsabilidad en relación con el cuidado de los integrantes de la familia, como señala Marcela Lagarde: “La condición de la mujer es una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico: ser de y para los otros” (Lagarde, 1990: 18).

A través de las interacciones sociales en las familias, las personas enfermas pueden obtener apoyo material y no material: apoyo económico, emocional, instrumental e informativo. Sin embargo, existen diferentes procesos y dinámicas en las familias que intervienen en la cantidad de personas dispuestas a apoyar, la calidad de los apoyos y la efectividad de los mismos: la desigualdad por género y generación, la interacción social y afectiva previa al padecimiento, las condiciones socioeconómicas de los participantes e incluso normas y valores morales culturales sobre quiénes deben otorgar y recibir apoyos (Bott y Gobernado, 1990; Infante-Castañeda, 1988; Bronfman, 2001; Montes de Oca, 2005). Por ello, las interrogantes que guían este trabajo son: ¿qué tipos de apoyo otorgaron las familias residentes en el Estado de México a las personas que padecieron COVID-19 y residen en ese estado? y ¿cómo se manifestó ese apoyo?

## COVID-19, una enfermedad emergente

Desde la perspectiva biomédica, COVID-19 (nombre otorgado al nuevo coronavirus: CO, asignado por “corona”; VI para referenciar “virus”; D para indicar que es una enfermedad –*disease*, en inglés–, y 19 por ser el año en el que se originó: 2019) es una enfermedad causada por un coronavirus que no había sido identificado antes y al que se denominó como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*). Surgió en el centro de China en diciembre de 2019 y para el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró que COVID-19 era una urgencia sanitaria mundial: el 11 de marzo de 2020, el mismo organismo anunció oficialmente que COVID-19 era una pandemia (epidemia mundial) (Fielding, 2020).

Como sabemos, las personas infectadas por COVID-19 muestran un amplio espectro de síntomas que van desde una enfermedad leve, similar al resfriado o la gripe, hasta una dificultad respiratoria grave e incluso la muerte. Los síntomas que se presentan cuando la enfermedad se manifiesta son fiebre constante o intermitente, tos, fatiga, dificultad para respirar, dolor de garganta, dolor de cabeza, tos, náusea, diarrea, y pueden aparecer dos o hasta catorce días después de la exposición al coronavirus. Aunque el COVID-19 sólo causa una enfermedad leve en la mayoría de las personas, puede enfermar de gravedad a algunos individuos y en un porcentaje menor de casos, la enfermedad es fatal. Las personas mayores y aquéllas con afecciones médicas preexistentes (como presión arterial alta, problemas cardíacos o diabetes) son más vulnerables (Fielding, 2020)

La OMS recomienda diversas medidas para prevenir el contagio: lavarse las manos con regularidad con un desinfectante con base de alcohol o con agua y jabón, tomar medidas de higiene respiratoria como cubrirse la boca y la nariz al toser y estornudar, evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca, mantener el distanciamiento social con los demás de al menos un metro, restringir las actividades de las personas que no están enfermas pero que puedan haber estado expuestas a COVID-19, es decir, hacer cuarentena, y aislar a las personas que están enfermas con síntomas de COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Hasta mediados de 2020 no existía una vacuna<sup>3</sup> ni un tratamiento antiviral específico para prevenir o tratar la infección por COVID-19. La única metodología probada para prevenir la infección es evitar la exposición al virus y, por lo tanto, las personas no infectadas deben evitar el contacto con personas afectadas. En general, las personas contagiadas deben recibir un tratamiento de apoyo en función de su presentación clínica, es decir, para ayudar a aliviar los síntomas en casos relativamente leves o para garantizar la función respiratoria en los casos más graves (Fielding, 2020)

En junio de 2020, México se encontraba en el lugar catorce de los 25 países con el número más alto de casos (Centro Johns Hopkins de Ciencia e Ingeniería de Sistemas, 2020). Para el 12 de ju-

3. De acuerdo con la página oficial de la oms, el primer programa de vacunación colectiva en el mundo se puso en marcha en diciembre de 2020: para junio de 2021, se habían administrado 13 vacunas distintas. Disponible en: <[https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines)> (última consulta: 6 de agosto de 2021).

nio de 2020, en el mundo había 7 410 510 millones de casos y 418 294 defunciones. En esta misma fecha se registraron 137 196 casos confirmados y 1 487 defunciones en México. Las entidades donde hubo más defunciones fueron la Ciudad de México, con 4 401, y el Estado de México con 1 885 (Secretaría de Salud, 2020).

En México, al igual que en el resto de mundo, la Secretaría de Salud además de las medidas básicas de higiene recomienda:

- el resguardo familiar en casa para personas que padezcan diabetes, hipertensión, obesidad mórbida, insuficiencia renal, lupus, cáncer, enfermedades cardiacas y respiratorias, que tengan trasplantes, que sean personas adultas mayores de 60 años, mujeres embarazadas y personas que estén a cargo del cuidado de sus hijas e hijos menores de 12 años.
- conservar una sana distancia, en caso de tener contacto con personas fuera de la familia nuclear, estar cuando menos a 1.5 metros de distancia (de dos a tres veces) el uno del otro. Saludo a distancia, no saludar de beso, de mano o abrazo (Secretaría de Salud, 2020).

En México se crearon diversos recursos electrónicos para dar información a la población tanto a nivel nacional como en los estados, que nos muestran la importancia de este problema de salud por su impacto en la salud de la población, así como sus consecuencias en todos los ámbitos de la vida económica y social.<sup>4</sup>

## Metodología

Para este trabajo se eligió hacer estudios de caso, un abordaje utilizado en la antropología que refiere la descripción o reconstrucción detallada del problema a investigar que se posiciona en una persona, familia o comunidad que se tendrá que documentar y argumentar (Gundermann, 2001).

Debido a la contingencia sanitaria, suscitada por la pandemia de COVID-19 que limitó la movilidad, se realizó una invitación a personas que padecieron dicha enfermedad y a los familiares de los contagiados que fallecieron. Todos los entrevistados tenían una relación de parentesco aunque vivían con sus familias nucleares o extensas en diferentes localidades del Estado de México. La elección fue por bola de nieve, dado que había una relación previa con una de las personas que nos puso en contacto con sus familiares, y por la facilidad de establecer enlaces a través de aplicaciones de mensajería, como WhatsApp, y redes sociales, como Facebook, ante la imposibilidad de hacer una etnografía presencial: los nombres y apellidos utilizados a partir de este momento son pseudónimos para proteger el anonimato de las personas entrevistadas.

4. Página oficial de información sobre COVID-19 del Gobierno de México. Ver: <<https://coronavirus.gob.mx/>> (última consulta: 12 de junio del 2020).

## Resultados

### “En el hospital nos lo mataron”: los casos de Enrique y José

| Información general de las personas que padecieron COVID-19 |         |   |                         |                         |                                 |
|---|---------|---|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Nombre  | Edad    | Ocupación   | Escolaridad             | Municipio de residencia | Estado civil y número de hijos  |
| Enrique Díaz Arrioja  | 68 años | Jubilado de una institución pública de educación media superior | Licenciatura incompleta | Nezahualcóyotl          | Divorciado con 2 hijos y 1 hija |
| José Díaz Arrioja   | 65 años | Maestro jubilado  | Licenciatura            | Nezahualcóyotl          | Casado con 2 hijas              |

**Cuadro 1.** Datos generales de dos casos positivos a COVID-19. **Fuente:** entrevistas telefónicas, mayo-junio de 2020.

Enrique padecía diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial y sobrepeso. Residía con sus dos hijos varones, Arturo de 26 años y Enrique de 24, ambos estudiantes de licenciatura. Su hija menor, Estela, de 22 años, ama de casa, con escolaridad de preparatoria, está casada, tiene una hija de tres años y vive en la misma colonia.

El 24 de abril de 2020, Enrique fue internado en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) “José María Morelos y Pavón” debido a complicaciones de pie diabético. A pesar del tratamiento farmacológico, la infección no cedió y fue necesario amputarle un dedo para luego colocarle un aparato extractor que drenara la herida. Debido a que el hospital en el que Enrique estaba internado fue reconvertido en una unidad de atención COVID-19, las enfermeras indicaron al paciente que por dicha situación era posible trasladarlo a otro hospital.

Durante su estancia en la unidad del ISSSTE, estuvo acompañado de sus hijos, de su hermano José y de dos amistades femeninas quienes, debido a su conexión al extractor, se turnaban para apoyarlo en su aseo personal y hacer uso de los servicios sanitarios. A causa de la diabetes, la cicatrización de la herida fue muy lenta y su estancia en el hospital se prolongó por dos semanas. Los primeros días de mayo comenzó a manifestar tos seca y dolor de garganta, por lo cual fue aislado el 8 de mayo: falleció tres días después, el 11 de mayo, por la mañana. Su cuerpo fue entregado a su familia el 12 de mayo debido a los trámites hospitalarios y fue inhumado ese mismo día en un cementerio situado en el municipio de Texcoco. A causa de la contingencia sanitaria y los protocolos establecidos en los cementerios, sólo diez personas accedieron al sitio: José, hermano de Enrique, apoyó a sus sobrinos con el pago de los servicios funerarios.

El mismo 12 de mayo, José inició con síntomas de dolor de garganta. Acudió con un médico que atendía en un consultorio anexo a una farmacia y le recetó un tratamiento farmacológico conformado por paracetamol y vitaminas A, C y D. Dos días después sus síntomas se intensificaron y acudió al servicio de medicina familiar en la “Clínica Oriente” del ISSSTE. Cuando señaló sus antecedentes familiares, lo diagnosticaron como un posible caso de COVID-19 y le indicaron que se mantuviera aislado en casa. La médica familiar le sugirió que si tenía dificultades para respirar acudiera al hospital y le dio una hoja donde se señalaban los cuidados que debía seguir: José no recogió las medicinas en la farmacia de la clínica porque había mucha gente y se sentía muy mal.

Cuando los hijos de Enrique supieron que José estaba enfermo, le sugirieron no ir al hospital, le dijeron: “A mi papá en el hospital nos lo mataron”<sup>5</sup> pues consideraban que el personal médico había sido la fuente de contagio para su padre.

Martha, una maestra jubilada de 60 años, esposa de José, y su hija menor Dolores, empleada de 28 años que estaba laborando en casa, se dedicaron a cuidar a José, preparando alimentos, haciendo la limpieza de la casa, lavando ropa, desinfectando áreas comunes y comprando medicamentos, un nebulizador y un oxímetro para monitorear su oxigenación. Por su parte, Andrea, hermana de José y trabajadora social de 61 años, jubilada del IMSS, le prestó una máquina concentradora de oxígeno mientras Miranda, su hermana menor de 59 años, ama de casa, le compró las mangueras del equipo.

Durante las dos semanas que estuvo enfermo, José tuvo varios episodios de dificultad respiratoria pero no quiso ir al ISSSTE: acudió en tres ocasiones a una clínica privada cercana a su casa en compañía de su esposa quien luego compraba los medicamentos genéricos o de patente en las farmacias cercanas a su domicilio, una labor que también compartió con su hija Dolores. Entre la compra de los aparatos, las consultas y los medicamentos, gastaron cerca de 4 200 pesos.

Dolores buscó información sobre COVID-19 en distintas plataformas para compartirla con José. Su hija Marcela, empleada de 32 años que vive en la Ciudad de México, le llamaba frecuentemente para animarlo pues en ese lapso, Hilda, la hermana mayor de José, también falleció por COVID-19. El 28 de mayo, José fue dado de alta por la médica de la clínica privada quien le indicó que podía regresar a sus actividades cotidianas.

### **“Me dieron tres meses de incapacidad por sospecha de covid”: el caso de Martín y Marcos**

Martín vive con su esposa Miranda (hermana de Enrique y José Díaz Arrijoja) de 59 años, quien es ama de casa, y con Marcos y Mauricio de 26 años, taxista éste último; con su nuera Alma que tiene 20 años y es ama de casa; con su madre Candelaria de 76 años, ama de casa, y su sobrina Jazmín de 24 años, empleada de una tienda de abarrotes. El 29 de abril, Martín comenzó a sentir dolor de garganta, tos y

5. Entrevista telefónica a José, 15 de mayo de 2020.

fiebre, se trató con antigripales de venta libre y al ver que cinco días después sus síntomas no cedían, acudió a la clínica de medicina familiar del ISSSTE donde lo diagnosticaron como sospecha de COVID-19. Le indicaron aislamiento en casa durante 14 días y le suscribieron un tratamiento a base de paracetamol, vitaminas y un antibiótico debido a que ya tenía una infección bacteriana: los medicamentos se los proporcionó el ISSSTE. En casa recibió cuidados de su esposa, su madre, su nuera y su sobrina, quienes se organizaron para realizar las actividades de preparación de alimento, lavado de ropa, desinfección de áreas comunes y limpieza de la habitación donde se encontraba aislado.

#### Información general de las personas que padecieron COVID-19

| Nombre              | Edad    | Ocupación                                | Escolaridad            | Municipio de residencia | Estado civil y número de hijos |
|---------------------|---------|--|------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Martín Jiménez      | 55 años | Empleado del Sistema de Aguas de la CDMX | Preparatoria           | Valle de Chalco         | Casado con 2 hijos             |
| Marcos Jiménez Díaz | 31 años | Empleado de una empresa privada          | Ingeniería en sistemas | Valle de Chalco         | Soltero y sin hijos            |

**Cuadro 2.** Datos generales de dos casos positivos a COVID-19. **Fuente:** entrevistas telefónicas, mayo-junio de 2020.

Después de dos semanas con tratamiento, acudió nuevamente a la clínica familiar del ISSSTE donde lo dieron de alta. En su lugar de trabajo le dijeron que era población vulnerable por haber presentado sospecha de COVID-19, por lo que debía presentarse hasta el 10 de agosto aunque debía reportarse cada quince días.

Marcos, el hijo mayor de Martín, inició con síntomas respiratorios el 2 de mayo. Aunque es derechohabiente del IMSS no confía en la institución y decidió acudir con una médica privada que es muy reconocida en la colonia donde viven. La médica le dijo que ya tenía síntomas de una neumonía atípica y, dados los antecedentes familiares, era muy probable que fuera causada por COVID-19. Le recetó antibióticos y antihistamínicos que adquirió en farmacias cercanas a su domicilio.

Durante el mes de mayo asistió a cuatro consultas y gastó alrededor de 6 mil pesos en su atención. Recibió cuidados de su madre, de su abuela y de su prima quienes también se organizaron para realizar las actividades de preparación de alimentos, limpieza de la habitación donde se encontraba aislado, lavado de ropa y desinfección de áreas comunes. Su novia, que es enfermera, lo apoyó en su recuperación al prestarle un oxímetro y un tanque de oxígeno. Su padecimiento se prolongó hasta finales de mayo aunque fue dado de alta a inicios de junio y regresó a su trabajo en línea.

## “No pensé que nos íbamos a enfermar”: los casos de Leonardo, Hilda, Sara y Alberto

### Información general de las personas que padecieron COVID-19

| Nombre                | Edad    | Ocupación   | Escolaridad          | Municipio de residencia | Estado civil y número de hijos   |
|-----------------------|---------|---|----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Hilda Díaz Arrijoa    | 76 años | Locataria de un mercado, pensionada por viudez en la SEDENA | Secundaria           | Tecámac                 | Viuda con 3 hijos y 2 hijas      |
| Alberto Martínez Díaz | 53 años | Taxista   | Bachillerato técnico | Tecámac                 | Casado con 1 hijo                |
| Leonardo Salazar      | 35 años | Empleado de la SEDENA                                       | Licenciatura         | Tecámac                 | Casado con 2 hijas y 1 hijo      |
| Sara Martínez Díaz    | 55 años | Jubilada del ISEM   | Licenciatura         | Ecatepec                | Divorciada con 2 hijos y 2 hijas |

**Cuadro 3.** Datos generales de cuatro casos positivos a COVID-19. **Fuente:** entrevistas telefónicas, mayo-junio de 2020.

Hilda era la hermana mayor de Enrique y José Díaz. Compartía su vivienda con su hijo Alberto, su nuera Irma, ama de casa de 52 años; con su nieto Héctor, estudiante de 20 años, así como con su nieta Clara, empleada de una farmacia de 28 años; con Leonardo, el esposo de Clara, y con sus tres bisnietos de siete, cinco y un año de edad.

En esta familia, los primeros síntomas los presentó Leonardo el 8 de mayo del 2020: tuvo fiebre, tos seca y dolor muscular. Al principio, él consideró que sólo era una gripe y siguió laborando mientras se automedicaba con antigripales. Clara, por su parte, llevaba a sus hijos a su trabajo para que realizaran las actividades escolares en línea y atendía a la pequeña de un año. Cuando su esposo inició con la sintomatología antes mencionada, pidió ayuda a su abuela Hilda para la preparación de los alimentos para toda la familia.

El 13 de mayo Leonardo acudió al médico del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) luego de ver que los síntomas no cedían. Ahí le recomendaron que se quedara en casa por sospecha de COVID, le recetaron paracetamol, vitaminas A, C y D, y le dieron incapacidad por quince días. Ante la situación, la familia decidió enviar a Hilda con su hija mayor, Sara, quien vive en Ecatepec, y a los niños mayores los mandaron con otro de los hijos de Hilda que vive en Toluca.

Mientras Leonardo se mantuvo aislado, Clara se encargó de la adquisición y preparación de los alimentos, de la limpieza del hogar, del lavado de la ropa del enfermo, de la desinfección de áreas



comunes y siguió atendiendo su trabajo en la farmacia y a su hija menor. Después del periodo de aislamiento, Leonardo se recuperó, lo dieron de alta en el ISSFAM y regresó a sus actividades laborales en la SEDENA.

El 18 de mayo, cuando aún estaba en casa de su hija Sara, Hilda comenzó a tener dificultad para respirar. Debido a condiciones médicas preexistentes de hipertensión y osteoartritis, su salud empeoró rápidamente por lo que el 19 de mayo su hija decidió llevarla al hospital militar que le correspondía por ser pensionada de la SEDENA. Sara pidió apoyo a su hermano Alberto para que las llevara desde Ecatepec a Santa Lucía, pero allí no les dieron atención debido a que estaban saturados y les indicaron que acudieran al hospital de Huehuetoca. Ante los bajos niveles de oxigenación que Hilda presentaba al llegar al hospital, ese mismo día la intubaron. Falleció un día después, el 20 de mayo por la mañana, por lo que Sara y Alberto hicieron los trámites para el traslado del cuerpo. Los hijos varones de Hilda, Hugo y Julio, apoyaron de manera presencial a Sara y Alberto y pagaron los servicios funerarios que incluían una velación con diez personas. La inhumación se llevó a cabo el 21 de mayo a las 7 de la mañana en un cementerio militar que se encuentra situado en el sur de la Ciudad de México, cerca del Colegio Militar. Por las restricciones sanitarias, sólo estuvieron presentes sus tres hijos varones y dos de sus nietos: la hija menor de Hilda, Rebeca, nutrióloga de 45 años que vive en la ciudad de Puebla, apoyó económicamente a sus hermanos con transferencias electrónicas para los gastos, y observó el funeral a través de una videollamada.

Ante la muerte de su madre, el 22 de mayo, Sara decidió hacerse la prueba de diagnóstico de COVID-19 en un laboratorio privado donde le cobraron tres mil pesos: dos días después le entregaron los resultados que confirmaron positivo a COVID-19. Sara tenía malestar general por lo que sus hijas se organizaron: Samantha, química laboratorista de 35 años que vive con Sara, estaba de vacaciones y se encargó de llevarla a la Ciudad de México. Ahí su hija Elsa, abogada de 32 años que vive en la ciudad, le pago una consulta con un médico privado en la colonia Narvarte, quién le prescribió estudios de laboratorio y le explicó que tenía afectaciones en hígado y riñones. Los gastos médicos ascendieron a tres mil pesos que fueron pagados por Elsa mientras Samantha cubrió el costo de los medicamentos, que ascendió a dos mil pesos. Además, la acompañó en el aislamiento y le brindó los cuidados que requirió.

Sara recibió el apoyo de sus tíos Andrea y José, hermanos de Hilda, quienes le facilitaron la máquina concentradora de oxígeno, un nebulizador y un oxímetro que su hija Samantha le llevó a Ecatepec desde ciudad Nezahualcóyotl. Su tío José, quien ya había estado enfermo de COVID-19, se comunicaba con ella por WhatsApp para darle recomendaciones sobre alimentación y ejercicios de respiración. También recibía el apoyo emocional de sus dos hijos varones que le llamaron regularmente y, a tres semanas de sus primeros síntomas, se sintió mejor y esperaba ser dada de alta a mediados de junio.<sup>6</sup>

6. Este texto fue redactado en 2020 y, durante una entrevista telefónica posterior realizada el 6 de agosto de 2021, Sara comentó que se recuperó totalmente y la dieron de alta el 17 de junio de 2020.

El 8 de junio, Alberto, hermano de Sara, también presentó síntomas: dificultad para respirar, dolor de garganta y tos seca. Debido a la presencia del padecimiento entre otros integrantes de la familia, acudió de inmediato a un médico privado que le cobró 200 pesos, le diagnosticó sospecha de COVID-19, le recetó medicamentos para sus síntomas y le indicó mantenerse aislado en casa. Al conocer el diagnóstico, su hermana Sara pidió a sus tíos Andrea y José que le prestaran a su hermano la máquina concentradora y el nebulizador, aparatos que fueron trasladados de Ecatepec a Tecámac por uno de sus sobrinos. En paralelo, Irma, esposa de Alberto, fue quien se encargó de su atención y cuidado, así como de la compra de los medicamentos en la farmacia donde trabaja Clara, su sobrina, con un gasto total de 600 pesos. Sus tíos José y Andrea se comunicaban por teléfono y WhatsApp para darles recomendaciones sobre el uso de los aparatos y otras medidas de cuidado. En ese momento, Alberto esperaba estar reestablecido para finales de junio.<sup>7</sup>

## Discusión y conclusiones

Luego de conocer las experiencias que los entrevistados compartieron, puede identificarse los siguientes tipos de apoyo que se otorgaron durante el tránsito de la enfermedad y convalecencia de las personas contagiadas.

- Apoyo económico. Se estableció la transferencia de bienes, en efectivo o en especie, con el préstamo de equipos, que permitió a la persona enferma hacer frente a sus necesidades inmediatas y resolver los pagos de trámites funerarios en el caso de los familiares de las personas fallecidas.
- Apoyo emocional. Consistió en la expresión del afecto y la confianza a través de la comunicación personal —en los casos de coresidencia—, o vía telefónica, así como el acompañamiento a los espacios de atención durante la enfermedad.
- Apoyo instrumental. Manifiesto en las actividades realizadas dentro y fuera del hogar que permitieron al enfermo realizar las actividades de autoatención y autocuidado.
- Apoyo informativo. Implicó una transmisión de conocimientos sobre el padecimiento, las medidas de autoatención y autocuidado adquiridos a partir de la experiencia o por el acceso a diversos medios de comunicación: páginas web de instituciones gubernamentales o educativas, redes sociales como WhatsApp, Facebook y Twitter, y programas de televisión.

El tipo y calidad del apoyo que obtuvieron las personas enfermas varió de acuerdo con el tipo de integración familiar existente, de las condiciones materiales de sus integrantes y de la capacidad

7. De acuerdo con una entrevista telefónica realizada el 6 de agosto de 2020, Alberto fue dado de alta el 29 de junio de 2020. Su esposa Irma de 52 años y su hijo Darío de 19 años presentaron síntomas leves de COVID-19 durante la primera semana de julio de 2020. Ambos acudieron con el médico privado que atendió a Alberto, recibieron tratamiento para sus síntomas e indicaciones para su cuidado: se aliviaron dos semanas después.

de negociación de éstos. Un aspecto que es posible destacar es que estas familias cuentan con un nivel socioeconómico medio que les permitió optar por la atención médica privada, a pesar de los altos costos de las pruebas de laboratorio y los medicamentos.

Los apoyos se dieron por generación, género y grado de parentesco, es decir, entre las personas enfermas se recurrió primero a la pareja, las hermanas y hermanos, las hijas e hijos y las tías y tíos. Los roles de género fueron muy importantes para establecer el tipo de apoyo otorgado: las mujeres ofrecieron mayores apoyos instrumentales, emocionales e incluso económicos, mientras que los varones en muchos casos se limitaron al apoyo emocional o económico.

En el caso de los hijos, se estableció una interacción diferencial de acuerdo con la coresidencia, una categoría decisiva en el apoyo que se da dentro de la familia pues las personas enfermas recibieron el mayor apoyo económico, emocional, instrumental e informativo de los hijos que vivían con ellos o que se encontraban en localidades cercanas. Cuando los hijos vivían lejos y ante la contingencia que limitó su movilidad, redujeron su interacción a llamadas telefónicas por lo que el apoyo fue menor. Sin embargo, no es posible generalizar ya que la situación varió considerablemente según el sexo, los caracteres personales, la situación económica, las expectativas, la edad, el estado civil, la situación laboral y la residencia de los hijos.

Finalmente se concluye que a nivel microsociedad, las familias establecen relaciones heterogéneas, complejas y, en algunos casos, conflictivas, enmarcadas por aspectos macrosociales que dan una resignificación diversa a las prácticas sociales de apoyo. Destaca, además, que en estas familias las mujeres fueron el principal apoyo de los enfermos, aunque también se dio una importante participación de algunos varones en estas actividades.

## Bibliografía

- Bott, Elizabeth y Rafael Gobernado (1990). *Familia y red social. Roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Madrid: Taurus.
- Bronfman, Mario (2001). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires: CRIM-UNAM / Lugar Editorial.
- Ember Carol, Melvin Ember y Peter Peregrine (2004). *Antropología*. Madrid: Pearson Educación.
- Fabrega Jr., Horacio (1979). "The Ethnography of Illness". *Social Science & Medicine* 13(A), pp. 565-576.
- Fielding, Amanda (11-03-2020). "TEMA 15: Reseña del COVID-19". *Boletín: COVID-19*. McGraw-Hill Medical. Recuperado de: <<https://cutt.ly/YmjgCbr>>.
- Figueroa, Juan Guillermo (1997). "Algunas reflexiones sobre el enfoque de género y la representación de la sexualidad". *Estudios Demográficos y Urbanos*, 12(1), pp. 201-244.
- Freidson, Eliot (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.

- Gundermann, Hans (2001). "El método de los estudios de caso". En María Luisa Tarrés (coord.). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 251-288). México: COLMEX / FLACSO / Miguel Ángel Porrúa.
- Infante-Castañeda, Claudia (1988). "Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de los servicios de salud". *Salud Pública de México*, 30(2), pp. 175-197.
- Johns Hopkins University & Medicine (12-06-2020). *COVID-19: Dashboard*. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Recuperado de: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- \_\_\_\_\_ (1988). *The Illness Narratives*. Nueva York: Basic Books.
- \_\_\_\_\_ y Everett Mendelsohn (1978). "Systems of Medical Knowledge: A Comparative Approach". *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 3(4), pp. 314-330.
- Lagarde, Marcela (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Montes de Oca, Verónica (2005). *Redes comunitarias, género y envejecimiento*. México: IIS-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de la Salud (07-10-2020). "Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público". *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>>.
- Secretaría de Salud (12-06-2020). "Comunicado Técnico Diario COVID-19 México" [Comunicado de prensa]. Gobierno de México. Recuperado de: <<https://cutt.ly/EmJ8s7O>>.