



FOTO: Personal médico del hospital Obregón © Galo Cañas / Cuartoscuro

PERSPECTIVAS MÚLTIPLES SOBRE LA PANDEMIA I
Un virus, muchas epidemias:
el rebrote de la diversidad cultural



CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA



SECRETARÍA DE CULTURA

Alejandra Frausto Guerrero
SECRETARIA

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA

Diego Prieto Hernández
DIRECTOR GENERAL

Aída Castilleja González
SECRETARIA TÉCNICA

Pedro Velázquez Beltrán
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

Paloma Bonfil Sánchez
COORDINADORA NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA

Beatriz Quintanar Hinojosa
COORDINADORA NACIONAL DE DIFUSIÓN

Jaime Daniel Jaramillo Jaramillo
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PUBLICACIONES, CND

Benigno Casas
SUBDIRECTOR DE PUBLICACIONES PERIÓDICAS, CND



IMAGEN DE PORTADA
Personal médico del Hospital Obregón, colonia Roma, CDMX.
Fotografía © Galo Cañas / *Cuartoscuro*, 2020



IMAGEN DE CONTRAPORTADA
Cocoliztli (máscara).
Viñeta © Juan Hernández González,
Atlapexco, Hidalgo, 2020

RUTAS DE CAMPO

Segunda época, año 3, núm. 6
julio-diciembre de 2019

DIRECTORA DE LA REVISTA
Paloma Bonfil Sánchez

CONSEJO EDITORIAL
Juan Manuel Argüelles San Millán
Eduardo González Muñiz
Cuauhtémoc Velasco Ávila
Julio Alfonso Pérez Luna
Bernardo Yáñez Macías Valadez
Amalia Attolini Lecón
José Íñigo Aguilar Medina
Héctor Manuel Enríquez Andrade
Verónica Alejandra Velázquez Guerrero

COORDINADORES ACADÉMICOS
Verónica Alejandra Velázquez Guerrero
Eduardo González Muñiz
Pedro Ovando Vázquez

RESPONSABLE EDITORIAL
Pedro Ovando Vázquez

CORRECCIÓN DE ESTILO Y CUIDADO EDITORIAL
Carla Moriana Hinojosa Guerrero

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Raúl Marcó del Pont Lalli

DISEÑO DE FORROS
Itzia Iraís Solís González



QR Rutas de Campo

Rutas de Campo, segunda época, año 3, núm. 6, julio-diciembre de 2019, es una publicación semestral editada por el Instituto Nacional de Antropología e Historia, Secretaría de Cultura, Hamburgo 135, Mezzanine, colonia Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, CP 06600, Ciudad de México. Editor responsable: Benigno Casas de la Torre. Reservas de derechos al uso exclusivo: 04-2019-122318305100-102, ISSN: en trámite. Licitud de título: en trámite. Licitud de Título y Contenido: en trámite, en la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Domicilio de la publicación: Hamburgo 135, Mezzanine, colonia Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, CP 06600, Ciudad de México. Ciudad de México. Imprenta: Taller de impresión del INAH, Av. Tláhuac 3428, colonia Culhuacán, Iztapalapa, CP 09840, Ciudad de México, Distribuidor: Coordinación Nacional de Difusión del INAH, Hamburgo 135, Mezzanine, colonia Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, CP 06600, Ciudad de México. Este número se terminó de imprimir el 29 de abril de 2022, con un tiraje de 150 ejemplares.

ÍNDICE

Introducción. Perspectivas múltiples sobre la pandemia I.	3
Un virus, muchas epidemias: el rebrote de la diversidad cultural Verónica Velázquez Guerrero, Ramón Eduardo González Muñiz y Pedro Ovando Vázquez	
Epidemias: algunas reflexiones sobre su trayectoria histórica en México Clementina Battcock, Annia González Torres y Nadia Menéndez Di Pardo	10
El coronavirus es nuevo, las pandemias no. Reflexiones sobre los caminos recorridos y por recorrer de la antropología médica Ana Victoria Morán Pérez	24
“Si yo fuera científic@...” Reflexiones antropológicas sobre la imagen pública de la ciencia en tiempos de pandemia Blanca María Cárdenas Carrión	39
La construcción discursiva-simbólica de los trabajadores de salud en la pandemia por SARS-CoV-2 en México: la enfermera y el epidemiólogo Sabine Pflieger	55
El apoyo social entre familias mexiquenses cuando se padece y muere por COVID-19 Elia Nora Arganis Juárez	77

“Quédate en casa”: un análisis de la experiencia del confinamiento en casa entre estudiantes de nivel superior en San Luis Potosí, México	89
José Guadalupe Rivera González	
México, 2020: la escuela, la pandemia y la continua transformación de lo normal	108
Alfredo Ruiz Islas	
Entrevistas sobre impactos psicosociales por la presencia del COVID-19	129
Guadalupe Judith Rodríguez Rodríguez	
Sobreviviendo un día más	139
Oswaldo Angeles Zavala	
<i>In memoriam</i>. Homenaje a los compañeros del INAH en tiempos de pandemia	145
Bernardo Yáñez Macías Valadez	

Perspectivas múltiples sobre la pandemia I. Un virus, muchas epidemias: el rebrote de la diversidad cultural*

La edición de *Rutas de Campo* que presentamos en esta ocasión se sitúa, temporalmente, en el primer año de la emergencia sanitaria por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) declarada en México por las autoridades de salud en marzo de 2020. Durante esos primeros meses de incertidumbre —antes de las etapas más críticas de la crisis sanitaria, del desarrollo de las primeras vacunas, de la aparición de nuevas variantes del virus, o antes siquiera de contar con información consistente sobre las consecuencias y los alcances de la pandemia—, fuimos testigos de la puesta en marcha de mecanismos y políticas que, desde el ámbito estatal, se instrumentaron para contener la expansión del virus en las distintas regiones de nuestro país y de otros Estados a nivel global. No obstante, dichos mecanismos se enfrentaron con las lógicas y contradicciones propias del modelo económico hegemónico. Uno de sus efectos más palpables ha sido evidenciar con mayor claridad las condiciones estructurales de desigualdad social que la pandemia desveló y que constituye un factor que profundiza dichas condiciones asimétricas.

Los datos generados durante los primeros meses de la crisis sanitaria, y que posteriormente se establecerían como una tendencia constante, mostraron una distribución diferencial de la vulnerabilidad al COVID-19 con relación a las particularidades sociodemográficas; para dar un ejemplo, algunos informes mostraron que para el mes de agosto de 2020 ya se registraba un mayor número de defunciones entre las poblaciones con menores índices de escolaridad y

*Nota del Ed. Es necesario aclarar que la presente edición de *Rutas de Campo* fue originalmente programada para el número correspondiente al primer semestre de 2020, año en el que irrumpió la pandemia de COVID-19 y en el que se escribieron los artículos contenidos aquí. Sin embargo, las dinámicas internas de los procesos editoriales y la necesidad de respetar la periodicidad, nos condujo a publicar la revista en la edición del segundo semestre de 2019. Somos conscientes de que este equívoco temporal puede causar confusión, no obstante, creemos que la importancia y vigencia de los trabajos no se ve afectada por ello. Agradecemos la comprensión de nuestros lectores.

en comunidades indígenas, además de que alrededor de la mitad de las personas fallecidas pertenecían al sector no remunerado o informal.¹

Los estudios emergentes sobre la vulnerabilidad ante el COVID-19 demostraron, desde la primera etapa de la pandemia, que la interdependencia entre los factores socioeconómicos, de salud, demográficos (género y edad) y territoriales, se tradujo en indicadores de mayor vulnerabilidad en los municipios con mayores carencias sociales, alejados de servicios de salud, o bien, en las zonas metropolitanas con altos índices de marginación.²

Resulta imposible reducir la coyuntura actual de la pandemia al ámbito de la epidemiología, de la salud pública o de la economía. La crisis global desencadenada por el coronavirus ha constituido una alteración drástica de los distintos órdenes de la vida colectiva, cuya magnitud y consecuencias aún no logran determinarse con claridad. Las políticas de distanciamiento social han obligado a reconfigurar las formas de interacción cotidiana, a reorganizar los modos de habitar el espacio doméstico y de transitar el espacio público, y han impactado de manera dramática en los procesos educativos, productivos y en los modelos de organización del trabajo. Los preceptos del “distanciamiento social”, la “vigilancia sanitaria” y las regulaciones que se advierten tras la noción de la “nueva normalidad” continúan operando como un permanente orden biopolítico de la vida social.

La irrupción de la pandemia nos obliga a situarnos desde una perspectiva histórico-social que permita definirla como un fenómeno social múltiple que demanda la atención de las ciencias sociales, y especialmente de la antropología, cuyas herramientas analíticas resultan necesarias para comprender la complejidad del fenómeno. A través del ojo crítico de la antropología, el advenimiento de la pandemia puede analizarse como un proceso que desenmascara problemas de orden estructural en la sociedad actual, como la distribución desigual del bienestar y el acceso a la salud. Estas realidades son abordadas por los autores que participan en esta serie de dos ediciones que *Rutas de Campo* dedica a la pandemia del COVID-19.

En medio del complicado escenario que se vivió durante la primera etapa de la pandemia, el Comité Editorial de la revista y la Coordinación Nacional de Antropología tuvieron la iniciativa de convocar a la comunidad antropológica y a colegas de otras disciplinas y sectores sociales, a participar en esta serie especial en la que se propuso reflexionar, observar y documentar las diversas realidades, experiencias y significados que han configurado los sujetos sociales y las comunidades, a partir de la irrupción de la pandemia generada por el coronavirus SARS-CoV-2. La vocación editorial de *Rutas de Campo* tie-

1. Los datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud registraron, para el 1 de septiembre de 2020, una cifra total de 627 171 casos positivos acumulados de personas contagiadas por el coronavirus, y 66 851 defunciones ocasionadas por el COVID-19. De estos datos generales se observó una diferencia en el porcentaje de letalidad entre la población indígena, la cual fue más elevada (18.8%) que la registrada en la población general (11.8%). Renata Cortez, Rubén Muñoz y Patricia Ponce (2020). “Vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas ante el COVID-19”. *Boletín sobre COVID-19 Salud Pública y Epidemiología*, 1(7-8), pp.7-10.

2. M. Suárez Lastra *et al.* (2020). “Territorio y vulnerabilidad ante COVID-19 en México”. En *Las ciencias sociales y el coronavirus: ciclo de charlas y debates en torno a la pandemia mundial por coronavirus (COVID-19)* [mayo-junio 2020]. México: Consejo Mexicano de Ciencias Sociales. Recuperado de: <<https://www.comecso.com/las-ciencias-sociales-y-el-coronavirus/territorio-y-vulnerabilidad-ante-covid-19-en-mexico>> .

ne la finalidad de dar a conocer la labor antropológica a través de documentos, informes, testimonios y otros registros derivados del trabajo de investigación, por lo que nos pareció un espacio ideal para alojar diversas aproximaciones al fenómeno COVID-19, tomando como eje articulador la perspectiva crítica referida anteriormente. Durante la convocatoria se recibió un conjunto heterónimo de trabajos³ que reflejan, precisamente, las distintas posibilidades metodológicas del análisis social para comprender las alteraciones sociales que ha suscitado la pandemia. Esta heterogeneidad de temáticas, regiones, actores y poblaciones, hizo necesario dividir el conjunto de trabajos recibidos en dos números seriados, de manera que pudiésemos dar cabida a esta “multiplicidad de perspectivas”. Este número lo titulamos “Un virus, muchas epidemias: el rebrote de la diversidad cultural”; y el segundo —el número 8 de *Rutas de Campo*— aparecerá con el subtítulo “Miradas etnográficas del COVID-19”.

Ambas ediciones agrupan los trabajos en razón de su articulación temática y apuesta metodológica, de manera que permitan al lector tener una guía en la cual se reflejen las resonancias y conexiones entre el conjunto de los trabajos que observan, desde un lugar particular, los efectos de la pandemia en sectores sociales y poblaciones diversas a través de estrategias de investigación particulares. El lector notará que ambos números son una suerte de instantánea, una observación situada, temporal y espacialmente, de las vivencias de la pandemia; en otros casos se trata de reflexiones contextuales de las consecuencias sociales del COVID-19 que, en su conjunto, sirven como documentación, memoria y material de análisis que contribuyen a la construcción de un conocimiento más denso de este fenómeno sociobiológico multidimensional.

Un virus, muchas epidemias: el rebrote de la diversidad cultural

Este primer número de nuestra serie especial tiene un eje que comunica los nueve trabajos que lo componen. La presencia del virus SARS-CoV-2 ha impactado a la población mundial, pero —como subrayamos antes— la pandemia se manifiesta y se vive de diferentes formas en función de los contextos socioculturales específicos, de modo que desde el punto de vista antropológico podemos hablar genuinamente de “diversas epidemias” en diferentes planos: local, regional y nacional. Así, los trabajos que incluimos en esta primera edición evidencian la importancia de recuperar enfoques sensibles a la diversidad sociocultural y en ello radica la especial aportación de los enfoques en torno a la imagen pública de la ciencia y de la antropología médica, para comprender cuáles han sido las reacciones de las distintas poblaciones ante la pandemia, cómo se configuran las concepciones generalizadas respecto al sector profesional de la salud, cómo impactó la emergencia sanitaria en los ámbitos

3. Cabe mencionar que los 16 artículos recibidos en la convocatoria que se incluyen en los dos números que conforman la serie, fueron escritos por colegas de 15 instituciones, en su mayoría universidades públicas y centros públicos de investigación (INAH, ENAH, UNAM, CIESAS, UAM, UASLP) y de distintas disciplinas (antropología física, antropología social, etnología, historia, lingüística, medicina, filosofía de la ciencia, comunicación, gestión intercultural y biología). Esto nos habla del importante papel de las instituciones públicas en la investigación sobre la actual pandemia, así como del carácter multidisciplinario de la edición especial de esta serie.

emocional y psicológico y, finalmente, de qué manera, desde los ámbitos locales, se establecen mecanismos de defensa mediante las redes sociales de solidaridad.

Estos enfoques están precedidos por el artículo “Epidemias: algunas reflexiones sobre su trayectoria histórica en México”, de Clementina Battcock, Annia González y Nadia Menéndez, que permite iniciar la lectura con una perspectiva histórica y observar la forma en que la sociedad se ha enfrentado a estos fenómenos en distintas épocas.

Posteriormente, el artículo de Ana Victoria Morán, titulado “El coronavirus es nuevo, las pandemias no. Reflexiones sobre los caminos recorridos y por recorrer de la antropología médica”, muestra la relevancia y las posibilidades de la antropología médica en la actual coyuntura histórica de la pandemia. Por un lado, se muestra que la antropología médica, como especialidad de la antropología sociocultural, tiene la capacidad de confirmar la agudización de contradicciones del neoliberalismo a escala global mediante el análisis del proceso salud-enfermedad-atención. Por otro lado, la antropología médica tiene la sensibilidad de lo local para identificar las respuestas culturalmente diferenciadas ante la pandemia. De este modo, es posible comprender las concepciones diversas en torno al virus más allá del ámbito biomédico, así como dimensionar el inevitable replanteamiento de la vida social que conlleva la pandemia. La autora, además, subraya una cuestión transversal a lo global y lo local, a saber, la desigualdad y las distintas condiciones de vulnerabilidad preexistentes vinculadas con la precarización de los sistemas públicos de salud.

Sin duda la ciencia y sus modalidades de comunicación juegan un papel crucial en la diversidad de concepciones y prácticas vinculadas con el fenómeno de la pandemia. En el artículo “Si yo fuera científic@...”, Blanca Cárdenas aborda la cuestión de las instituciones ligadas al conocimiento empírico y a la generación de explicaciones en términos del concepto “imagen pública de la ciencia” y sus alcances desde una perspectiva antropológica. En este sentido, resalta, en primer lugar, la posibilidad de ver a la ciencia como un campo abierto de ideas, concepciones, emociones y valores, especialmente en un contexto de pandemia y crisis sanitaria. La imagen pública de la ciencia —sus métodos, sus prácticas, sus expertos— estructura formas de actuar y pensar, y se encuentra mediada por las tecnologías de información, de ahí la importancia de establecer la perspectiva etnográfica y antropológica en general, para abrir el análisis en términos de la diversidad inherente a las prácticas científicas.

En el contexto de la actual pandemia, la imagen pública de la ciencia se encuentra en plena transformación, lo cual constituye un momento privilegiado para observar cómo se expresa la diversidad sociocultural. Así, con base en las herramientas que ofrecen las redes sociales virtuales, la autora elabora una encuesta mediante Facebook, donde se analizan las imágenes positivas y negativas de la ciencia que los encuestados construyen en términos del fenómeno pandémico. Como resultado, la autora subraya la importancia del enfoque antropológico para comunicar una imagen pública de la ciencia más acorde con sus contextos socioculturales, capaz de entablar diálogos con la diversidad de saberes y conocimientos, y contribuir al diseño de políticas públicas en el campo de la salud.

El siguiente trabajo titulado “La construcción discursiva-simbólica de los trabajadores de la salud en la pandemia por SARS-CoV-2 en México: la enfermera y el epidemiólogo”, de Sabine Pflieger, aborda las concepciones sociales y construcciones míticas en torno a los profesionales de la salud que, en el contexto de la pandemia, han cobrado especial relevancia: personas que trabajan en las áreas de enfermería y epidemiología. Los especialistas de la salud se configuran simbólicamente como “héroes” que contrarrestan enemigos en una “guerra” contra el virus. Pero a diferencia del médico, que mantiene su estatus de especialista, vemos surgir otros patrones de construcción discursiva y simbólica en la caracterización de profesionales de la salud. Las enfermeras, predominantemente personal femenino, tienen un estatus técnico y cargan el estigma causado por la cercanía corporal con pacientes de COVID-19, lo que sitúa a este sector simbólicamente cerca del ámbito de la enfermedad, del contagio y de la muerte: en algunos casos, esta estigmatización se tradujo en ataques y agresiones a enfermeras. Por su parte, los epidemiólogos —que en su mayoría son personal masculino— se encuentran en el otro polo: en el ámbito de la cura, del bienestar y la salud. Con base en notas periódicas y comentarios de usuarios lectores en redes virtuales, la autora analiza discursos y narrativas que muestran las características propias de la actual coyuntura de pandemia y concluye que conforme logre mitigarse la ola de contagios, también se desdibujarán las formas simbólicas de la enfermera y del epidemiólogo que circunstancialmente han adquirido notoriedad y significados peculiares.

A continuación, el artículo “El apoyo social entre familias mexiquenses cuando se padece y muere por COVID-19”, escrito por Elia Nora Arganis, se adentra en las redes familiares de apoyo y solidaridad configuradas en torno a pacientes contagiados de COVID-19, a partir de estudios de caso y de testimonios recuperados mediante el recurso de las redes virtuales de comunicación. Concretamente, la autora muestra cómo el tipo y la calidad del apoyo recibido en términos de un conjunto de recursos materiales y simbólicos, depende del grado de integración familiar. Asimismo, se pone de manifiesto la dinámica misma que tejen las redes de solidaridad desde el núcleo doméstico y las redes de parentesco, donde, si bien con matices, resaltan el papel de las mujeres en tareas de cuidado corporal y emocional.

Los dos artículos siguientes abordan, desde lugares distintos, el ámbito de la educación. Sin embargo, podemos considerar que sostienen una relación hasta cierto punto complementaria dado que ambos centran su interés en la experiencia de los actores principales del proceso educativo. Por un lado, José Guadalupe Rivera enuncia el objetivo de su trabajo en el título “‘Quédate en casa’: un análisis de la experiencia del confinamiento en casa entre estudiantes de nivel superior en San Luis Potosí”. A diferencia de la vertiente testimonial que adoptan otros artículos de esta edición, el autor emplea una metodología cuantitativa para explorar algunas vivencias de jóvenes universitarios tras el comienzo del periodo de confinamiento instaurado por las autoridades sanitarias. Las respuestas al cuestionario empleado por Rivera para recopilar la información, indican que un alto porcentaje de estudiantes experimentaron emociones como miedo y angustia, además de registrar conflictos derivados de la convivencia familiar prolongada, como algunas de las afectaciones más recurrentes.

Por otro lado, en su artículo “México, 2020: la escuela, la pandemia y la continua transformación de lo normal”, Alfredo Ruiz emprende una interesante reflexión crítica acerca de las implicaciones de los discursos sobre la “nueva normalidad”. El autor argumenta que la irrupción del COVID-19 significó una fractura de distintas dimensiones sociales de la normalidad instituida, por lo que propone pensar la “nueva normalidad” como algo múltiple y cambiante, en contraposición con el discurso oficial que reduce esta noción a la adopción de un conjunto de normas de prevención sanitaria. Para anclar esta reflexión en un sector específico, Ruiz indaga las transformaciones de los procesos de aprendizaje y la reorganización de las prácticas docentes que se implementaron de manera forzada a causa del periodo de confinamiento. Las conversaciones sostenidas con diez profesores de secundaria y bachillerato que se recogen en el texto, resultan particularmente ilustrativas pues demuestran las carencias tecnológicas y pedagógicas del sistema educativo, así como la incertidumbre sobre las estrategias de enseñanza puestas en marcha por los docentes, haciendo visible la dramática situación que enfrentó (y en la que aún se encuentra) la educación de toda una generación de jóvenes en nuestro país.

El último bloque de textos que cierra la revista está compuesto por dos trabajos cuyo ángulo metodológico se pliega hacia las vivencias de las personas afectadas durante la crisis desatada por el COVID-19, a partir de la recuperación de sus propias voces. Estos textos consisten, principalmente, en una recopilación de testimonios, percepciones y representaciones de actores sociales diversos, pero en consonancia con los artículos que les preceden: trabajadoras del sector salud, educadores y personal de limpieza.

El primer conjunto de testimonios es presentado por Guadalupe Judith Rodríguez en su texto “Entrevistas sobre impactos psicosociales por la presencia del COVID-19”, el cual reúne cuatro breves entrevistas entre las que destacan los puntos de vista de tres profesionales de la salud. La primera entrevista a una médica del servicio de salud pública ofrece una mirada al interior de las dinámicas hospitalarias del área de terapia intensiva que atiende a pacientes graves contagiados de coronavirus. Como trabajadora de la salud, describe de manera resumida las dificultades que enfrenta el personal médico en la dura tarea de atender pacientes críticos, tales como el aislamiento y deshumanización que conlleva el tratamiento a las personas contagiadas con el virus SARS-CoV-2, la falta de equipo de protección adecuado y la ausencia de apoyo psicológico al personal. Más adelante, la autora recupera el diálogo sostenido con dos psicólogas terapeutas, quienes alertan sobre las posibles consecuencias emocionales del confinamiento y la importancia de buscar estrategias de contención y resiliencia para afrontar las perturbaciones de la normalidad ocasionadas por la pandemia.

Por su parte, Oswaldo Angeles nos muestra fragmentos de la experiencia y percepción del riesgo de los trabajadores de limpieza dentro del sector hospitalario en su trabajo “Sobreviviendo un día más”. De manera breve, las voces de dos trabajadoras de intendencia en hospitales de la Ciudad de México nos permiten ver las condiciones de precariedad salarial y sanitaria en las que desempeñan sus actividades. La lectura de estos testimonios nos alerta sobre las contradicciones internas de los sistemas de salud, el cual privilegia y reconoce el trabajo de médicos, enfermeras y distintos profesiona-

les del sector, al tiempo que invisibiliza y menoscaba el cuidado de otros trabajadores, configurando una dinámica que agudiza la vulnerabilidad corporal, emocional y social de un amplio grupo de personas involucradas en la primera línea de atención de la pandemia.

Antes de finalizar esta primera edición especial orientada a reflexionar sobre el COVID-19 desde múltiples perspectivas, hemos querido rendir un sentido homenaje a las y los colegas investigadores, a los compañeros y compañeras de trabajo del Instituto Nacional de Antropología e Historia, así como a colegas de otras instituciones cercanas, que desafortunadamente perdieron la vida en el contexto de la actual pandemia. Haciendo eco de las emotivas palabras de Bernardo Yáñez, autor de las líneas con las que honramos a quienes se nos adelantaron, es imposible rendir un justo reconocimiento a la memoria de aquellos que con sus aportes a la investigación, su incansable labor docente y su dedicación a la protección del patrimonio cultural, nos han heredado un valioso e incalculable legado a nuestra institución, a las disciplinas antropológicas y a la sociedad en general.

Esperamos que los lectores encuentren en el conjunto de trabajos que reunimos en este primer número, una mirada más compleja de la pluralidad y desigualdad de los efectos y experiencias que la pandemia del COVID-19 ha significado para la vida de distintos sujetos y colectividades, de manera que contribuya a la comprensión de las configuraciones y procesos sociales involucrados en esta faceta crítica por la que atraviesan la sociedad mexicana y el mundo actual.

Verónica Velázquez Guerrero**

Ramón Eduardo González Muñiz***

Pedro Ovando Vázquez****

** Coordinación Nacional de Antropología, INAH.

*** Dirección de Etnología y Antropología Social, INAH.

**** Coordinación Nacional de Antropología, INAH.

Epidemias: algunas reflexiones sobre su trayectoria histórica en México

Clementina Battcock,* Annia González Torres**
y Nadia Menéndez Di Pardo***

Antes que los españoles que estaban en Tlaxcalla viniesen a conquistar a México, dio una pestilencia de viruelas en todos los indios en el mes que llaman Tepeilhuitl, que es al fin de septiembre. Desta pestilencia murieron muy muchos indios. Tenían todo el cuerpo y toda la cara y todos los miembros tan llenos y lastimados de viruelas que no se podían bullir ni menear de un lugar, ni volverse de un lado a otro, y si alguno los meneaba daban voces. Esta pestilencia mató gentes sin número. Muchos murieron de hambre, porque no había quien podiese hacer comida. Los que escaparon desta pestilencia quedaron con las caras ahoyadas, y algunos los ojos quebrados. Duró la fuerza desta pestilencia sesenta días, y después que fue afloxando en México fue hacia Chalco, acabándose esta pestilencia en México...

BERNARDINO DE SAHAGÚN. *Historia general de las cosas de Nueva España*

Los habitantes de los pueblos y regiones que se encuentran en el territorio que hoy comprende el Estado mexicano, registraron distintos corpus documentales de las enfermedades que azotaron sus vidas cotidianas a lo largo de la historia. A razón de ello y en el actual contexto pandémico generado por el coronavirus SARS-CoV-2, planteamos una reflexión sobre las epidemias mientras observamos cómo una de ellas convulsiona a la humanidad. A casi 18 meses de la detección del brote epidémico, en México se desarrolló el proceso de inmunización de la población a través del Plan Nacional de Vacunación en un año en el cual, además, se conmemoran 500 años de la guerra castellana de conquista contra México Tenochtitlan, un proceso en el que otra epidemia produjo la muerte del *huey tlatoani* Cuitláhuac y generó una alta mortandad entre la población originaria.

* Dirección de Estudios Históricos, INAH (cbattcock@yahoo.com.ar).

** Dirección de Estudios Históricos, INAH (annia_glez@hotmail.com).

*** Dirección de Estudios Históricos, INAH (nadiamdp@yahoo.com.mx).

Consideramos propicio sumarnos al renovado interés de los investigadores por analizar la enfermedad,¹ la atención y la prevención de los padecimientos como procesos históricos, es decir, analizar las causas por las cuales las personas se enferman, los procedimientos de recuperación que utilizan así como las formas en las que explican y previenen sus muertes. Mirarlos no sólo como procesos médicos sino como hechos que pueden examinarse como procesos sociales, culturales y económico-políticos según el momento histórico y los espacios en los que se desarrollan, también nos permite recordar que para autores como George Rosen (1958), el proceso salud-enfermedad-atención constituye uno de los fenómenos más significativos para ser estudiados históricamente.

Partimos de que cada sociedad construye propuestas y respuestas frente al conflicto individual y colectivo. Ello supone la aparición y el desarrollo de padecimientos que son potencialmente mortales para las poblaciones humanas, que se asumen socialmente a partir de las experiencias históricas y de las dinámicas culturales que son propias de los grupos humanos. Por ello, cada contexto cultural responde de forma diferente al proceso salud-enfermedad-atención.

Como señaló el sociólogo Henry Sigerist, “los rasgos característicos de la profesión médica en cada época están determinados en un amplio grado por la actitud de la sociedad hacia el cuerpo humano y su valoración de la salud y la enfermedad” (Sigerist, 1974 *apud* Mendes, 1984: 12). De ahí que el modelo de atención del especialista en el cuidado de la salud humana dependa de las formas en que se estructura un grupo humano organizado, y la visión del orden del mundo que ejercen.

En países como México, gran parte de las respuestas hacia los padecimientos de las enfermedades se han constituido en los saberes profesionales desarrollados a nivel académico para explicar, enfrentar y solucionar las enfermedades que aquejan a la población. Los denominados saberes médicos se instituyeron en países europeos hacia finales del siglo XVIII y mediados del siglo XIX, especialmente en Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, para luego expandirse a nivel internacional (Hudemann-Simon, 2017). Los conflictos emergentes entre los diferentes saberes se zanjaron entre mediados y finales del siglo XIX con la hegemonía de la medicina alopática, un proceso que impactó a un Estado-nación mexicano en busca de consolidación dentro de la modernidad científica occidental.

Los saberes médicos científicos decimonónicos fueron producto de la convergencia de una serie de conocimientos previos: no sólo se gestaron dentro de la tradición europea —fundada en las concepciones y acciones médicas desarrolladas en las sociedades de inspiración grecorromana y en el pensamiento teológico medieval-renacentista—, también incorporaron de manera selectiva algunos aspectos de las tradiciones médicas de la región denominada Lejano Oriente —donde hoy se ubican los estados Indio y Chino— y en las diferentes sociedades musulmanas (Huff, 1993).

1. La enfermedad se define como la alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debido a una causa interna o externa. Epidemia es una enfermedad que ataca a un gran número de personas en un mismo lugar y durante un mismo período de tiempo. Pandemia es una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países (Harant, 1971).

En el caso de México, la tradición popular sostuvo algunos referentes que pueden ser relacionados con la medicina prehispánica (López Austin y Viesca, 1984; Vargas, 1993). Por ello iniciamos presentando información sobre este periodo para luego abordar la etapa colonial y concluir la reflexión deteniéndonos en el siglo XIX.

Enfermedades y epidemias entre los nahuas

Aunque tenemos información sobre el periodo prehispánico, no contamos con evidencias materiales que posibiliten el registro de algún fenómeno epidemiológico en las culturas mesoamericanas previo al periodo de choque con los conquistadores. Como bien lo hacen notar reconocidos historiadores, el estudio de este tipo de enfermedades en el periodo prehispánico se hace a través de los criterios actuales de la medicina (Viesca, Aranda y Ramos, 1999: 199), es decir, bajo una aproximación interpretativa que identifica un objeto de estudio desconocido a partir de categorías modernas. Por lo tanto, es necesario precisar que éste es un factor problemático y confuso de carácter epistémico que ha desatado no pocos debates entre los investigadores del pasado humano aunque —y lo subrayamos— es lo que tenemos para observar cómo la población convivía con los procesos de salud-enfermedad.

Para el caso mesoamericano, Alfredo López Austin realizó una sistematización teórica sobre las enfermedades y la medicina prehispánica nahua a través de la construcción de un corpus documental amplio y la sistematización de una investigación etnográfica, espacios de estudio en donde identifiqué correlaciones explicativas sobre la constitución del cuerpo y sus malestares, así como de los remedios tradicionales para dichas enfermedades (López Austin, 1969, 1971, 1972, 2012).

A su vez, Carlos Viesca propuso categorizar las enfermedades sufridas por los nahuas a través de procesos complejos: particularizó en el estudio del corazón, un órgano en el cual identifica tres tipos de enfermedades a tratar. Según este autor, la medicina náhuatl tiene varios cientos de años de desarrollo y trató, además de las citadas, problemas reumáticos y otras dolencias que eran provocadas por Ehecatl, la deidad mexicana del viento (Viesca y Aranda, 1997).

Con estos saberes sobre los procesos de salud-enfermedad, los nahuas y otros grupos prehispánicos enfrentaron las epidemias generadas por el contacto con los españoles. De ello dan cuenta las *Relaciones Geográficas* redactadas en el siglo XVI en varias partes de la Nueva España, una fuente consultada por la investigadora Genoveva Ocampo, quien encontró información sobre las epidemias sufridas por los nahuas y registró algunos de los rituales que llevaban a cabo durante el proceso de sanación de la enfermedad (Ocampo, 2005).²

De acuerdo con sus indagaciones, cuatro fueron las epidemias que devastaron a la población indígena en el siglo XVI:

2. El estudio de las enfermedades en las *Relaciones Geográficas* fue expuesto por Alfredo López Austin (1975), sin embargo, no se adentró mucho en estos documentos.

- 1) La viruela en 1520 fue denominada por los nahuas como *huey zahuatl* (gran sarna). Sandra Guevara (2019) describe con detalle esta epidemia y discute su impacto sobre la conquista. Según parece, la viruela viajó muy rápido de las Antillas a Yucatán e identificó su surgimiento en Cozumel al ser importada desde Cuba. Los primeros contagios continentales de 1520 quizá se dieron entre los mil indios embarcados por Pánfilo de Narváez en su viaje para apresar a Hernán Cortés por órdenes del gobernador Diego Velázquez.
- 2) El sarampión en 1531 a la que se denominó *tepiton zahuatl* (sarna pequeña).
- 3) La fiebre corporal y el sangrado masivo constituyen la tercera epidemia masiva que tuvo lugar en 1545.
- 4) El último mal nocivo de magnitud considerable ocurrió en 1576 y la población sucumbió ante el tabardillo, también denominado *cocoliztli*.

Además de los materiales utilizados por Ocampo, contamos con varios otros que nos permiten ver cómo actuaba la población prehispánica frente a las nuevas epidemias: como es el caso del *Códice Florentino* (Sahagún, 1979: 53v). Otras representaciones sobre la epidemia de viruela se encuentran en el *Códice en Cruz*, en el *Códice Telleriano-Remensis* y en el *Códice Moctezuma*, las cuales permiten interpretar el impacto que tuvieron estas enfermedades en las sociedades indígenas novohispanas, a través de los detalles narrativos de los que forman parte. A esta referencias sumamos el estudio realizado por la investigadora Elsa Malvido (2010) —quien estudió la primera epidemia de viruela en 1520 y las catástrofes ocasionadas por ella— y el texto de Bernardo García Martínez (2005) —quien analizó brevemente tres enfermedades epidémicas provocadas por la conquista: la viruela, el sarampión y el tifo exantemático o *matlazahuatl*—, dos trabajos que no podemos dejar de mencionar.

La gran cantidad de epidemias que despoblaron el continente americano desde finales del siglo xvi son el resultado del proceso de unificación bacteriana del mundo al que Emmanuel Le Roy Ladurie (1988-1989) definió como un mercado común de microbios. Para entender la capacidad devastadora de esta expansión microbiana debemos atender los trabajos de Woodrow Borah y Sherburne F. Cook sobre la catástrofe demográfica americana. En ellos enunciaron que el contacto europeo con la población amerindia condujo a desestabilizar el proceso demográfico de esta última debido a la indefensión inmunológica frente a múltiples y agresivos agentes microbianos (Borah y Cook, 1963).

Por su lado, y siguiendo con la propuesta anterior, Magnus Huss señaló el papel crucial de las enfermedades infecciosas que padecieron los habitantes de un continente que carecían de una respuesta biológica frente a ellas (Calderón, 1909). La falta de anticuerpos para combatir la enfermedad se vió reflejada en la intensidad de las epidemias de viruela, sarampión, neumonías, que se manifestaron en oleadas epidémicas, a veces de magnitud pandémica que, una tras otra, azotaron a las poblaciones indígenas.

Desde la perspectiva histórica que aquí se utiliza, cuando una enfermedad genera la muerte de centenares, millares o incluso millones de personas en un tiempo breve, las poblaciones res-

ponden alterando de manera importante su percepción sobre la muerte y la enfermedad. Se trata un fenómeno sociocultural que no es ni de cerca similar a cuando una epidemia asola a una sola región. Observemos dos casos: la peste negra en Europa y las epidemias agresivas en América. Para Jacques Revel y Jean-Pierre Peter (1978), el proceso de enfermedad que conocemos como “peste negra” constituye el arquetipo a través del cual los historiadores reconocieron a la enfermedad como un proceso histórico, dado que el análisis de las poblaciones europeas durante este periodo demostró una notable significación sociocultural de transformación del pensamiento. Sobre este mismo periodo, Robert S. Gottfried (1989) menciona que las epidemias que asolaron a Europa entre los siglos xiii y xv modificaron la economía y la cultura, y en consecuencia la psicología misma de la sociedad. Además, describe y analiza cómo la idea sobre la muerte, la felicidad y la religión se modificaron por la influencia de la peste negra.

Salud y enfermedad en la Nueva España

El virreinato novohispano estuvo marcado por múltiples enfermedades que asolaron su territorio a lo largo de su existencia. Desde las conocidas y catastróficas epidemias del siglo xvi que mermaron considerablemente a la población nativa, hasta las mortíferas epidemias del siglo xviii como la del *matlazahuatl* de 1737, cuya alta mortandad derivó en la jura de la Virgen de Guadalupe como patrona de la Ciudad de México.

Durante el periodo que corre entre 1519 y 1652, se registraron epidemias masivas de viruela, tifo, paperas y sarampión, las cuales mermaron considerablemente a la población, pues alcanzaron una mortandad estimada de hasta un 90% entre las comunidades afectadas (Malvido, 2003: 67; Cordero, 2001: 602). Ya para el siglo xvii, el tifo tuvo resultados catastróficos. Entre sus principales síntomas se describen “la temperatura continua, el delirio, la inflamación del bazo, del hígado y afección del corazón, apostemas detrás de las orejas y el tumor pueden acaso referir infamación de los ganglios, además de las afecciones neurológicas, cardíacas y hemorrágicas”.³ El daño al sistema inmune hizo del portador un sujeto vulnerable a otras enfermedades que complicaban las posibilidades de tratamiento.⁴

Es frecuente que las enfermedades causen un mayor daño entre la población adulta “excepto las enfermedades que generan inmunidad permanente, es decir, las que llamamos infantiles; los adultos no se ven afectados, sencillamente por haber sido afectados clínica o subclínicamente de niños, haber sobrevivido y poseer en consecuencia inmunidad permanente” (Canales, 2017: 17). Si bien las

3. Pedro Canales propone como periodos de epidemia de tifo los comprendidos entre 1537, 1545, 1563, 1576, 1595; 1642, 1676, 1686, 1692; 1735, 1762 y 1813. Como puede verse, fueron ciclos de epidemia más frecuentes durante el siglo xvi (Canales, 2017: 13). Los datos propuestos por este autor no concuerdan con los ofrecidos por América Molina y Claudia Pardo (2017), lo cual puede deberse a que los estudios de Pedro Canales se basan en archivos parroquiales en barrios de la Ciudad de México y por ello ofrecen un alcance limitado para hablar de una epidemia que afectó a toda la capital del virreinato.

4. “La identificación del tifo y sus mecanismos de contagio fue tardía porque se escondía entre los síntomas tanto de enfermedades emparentadas con ella como entre las no emparentadas: la tifoidea por bacterias en el sistema digestivo o la varicela y el sarampión al causar erupciones en la piel” (Canales, 2017: 19).

epidemias han sido consideradas como la primera causa de la baja demográfica, es importante tener presente que no es posible cuantificar la magnitud de cada uno de los brotes (Prem, 1999: 64; Cramaus-sel, 2009). Las variantes demográficas causadas por las epidemias en distintas zonas del virreinato han sido tratadas en el libro coordinado por José Gustavo González (2017).

Como puede verse a partir de esta somera revisión historiográfica, la mayoría de la investiga-ción en este campo se ha orientado a los estudios locales. Para mostrar un panorama general, en el cuadro 1 se presenta un concentrado de las epidemias que se vivieron en los siglos XVI y XVIII.

<i>Año</i>	<i>Epidemia</i>
1520-1521	viruela
1531	sarampión
1542	tifo
1545-1547	peste
1550	paperas
1558	tifo
1563-1564	sarampión
1566	tifo
1576-1580	peste
1591	tos, catarro
1592	sarampión
1604	sarampión
1615-1616	viruela, sarampión
1639	sarampión
1653	viruela
1659	sarampión
1663	viruela
1667	catarro
1678	viruela
1687	viruela
1692	sarampión, peste
1695-1696	viruela
1700	viruela
1728	sarampión

Año	Epidemia
1736-1738	matlazahuatl
1760	viruela
1761-1763	matlazahuatl
1768	sarampión, tosferina
1779	viruela
1790-1793	viruela
1797	viruela
1803	sarampión
1813	fiebres misteriosas

Cuadro 1. Epidemias en el México colonial. **Fuente:** Molina y Pardo, 2017.

Como puede observarse, las epidemias del periodo colonial con ciclos recurrentes fueron principalmente de viruela y sarampión, enfermedades presentes a lo largo de los tres siglos del virreinato. Algunos de estos brotes de padecimientos específicos han sido estudiados de manera particular por investigadores como América Molina (2001), Jenire Escobar y Miriam Aimé Torres (2017), Sandra Elena Guevara Flores (2017) y Marciano Netzahualcoyotzi Méndez (2016), por mencionar algunos.

Ahora bien, ¿qué hacían la población y los curadores frente a estas pandemias? Como sabemos, los mexicas tenían expertos curadores cuyo conocimiento fue obtenido por Bernardino de Sahagún en parte y por otros cronistas españoles, lo cual pauteó que desde el inicio de la conquista se diera una estrecha relación entre la medicina mexica y la europea. Observamos, por ejemplo, que varios curadores se formaron en el saber de ambas medicinas como Martín de la Cruz, autor del herbario *Libellus de medicinalibus indorum herbis* que fue traducido al latín por Juan Badiano, al tiempo que crecía la exportación de hierbas medicinales hacia el Viejo Mundo (Micheli-Serra, 2001: 258-259). Subrayamos, además, la afinidad que existía entre dichas medicinas dado que ambas se basaban en gran medida en la herbolaria, pero reconociendo que la misma tenía muy poca eficacia frente a estas epidemias.

Como vemos, igual que en toda sociedad, hubo más de una forma de atender los padecimientos (Micheli-Serra, 2001: 260): en principio, tenemos un saber médico respaldado por las autoridades que fue traído por los españoles, y otro que se movía al margen del reconocimiento oficial, es decir, el emergido de los curanderos. Ambos eran los más utilizados por la población originaria y en ambos casos se dieron procesos de sincretismo, aculturación y síntesis cultural en las prácticas médicas y terapéuticas (Morales, 2016: 2).⁵

5. Destaca el análisis que Francisco Hernández, Juan de Barrios y Agustín Farfán hicieron a los textos: estas obras se apegaban a la doctrina galénica.

Durante el virreinato, la instancia encargada del saber médico y la atención a la enfermedad fue el Protomedicato, institucionalizado a partir de 1628.⁶ Este órgano de gobierno se constituyó de tres protomédicos que eran catedráticos de la Facultad de Medicina (Rodríguez y Rodríguez de Romo, 1999: 191) y tenía entre sus tareas la encomienda de regular la práctica de médicos, cirujanos, flebotomianos, boticarios y parteras. Además, los hospitales fundados se ocuparon de la asistencia médica, prácticas curativas y de rehabilitación (Rodríguez y Rodríguez de Romo, 1999: 193), y en un contexto epidémico, las enfermedades se trataban con prácticas como sangrías, lavativas, ungüentos y cataplasmas; así como rogativas y oraciones (Rodríguez y Rodríguez de Romo, 1999: 193).

Dentro de los hospitales formados en la Ciudad de México —atendidos principalmente por las órdenes religiosas asistenciales— destacó el Hospital de San Andrés de vital importancia hasta el siglo XIX. Contaba con una amplia gama de cuerpos médicos especializados, lo que se sumaba al su papel preponderante en la atención de epidemias mientras se practicaron cuarentenas sociales. Ya para el régimen borbónico del siglo XVIII, se fomentó el desplazamiento de los cementerios a las afueras de zonas urbanas, y la creación de sitios auxiliares para el tratamiento de los enfermos (Rodríguez y Rodríguez de Romo, 1999: 194). Además, se comenzaron a instrumentar formas de prevención de las enfermedades epidémicas, como la inoculación a partir de 1779.⁷

Ya para la recta final del periodo virreinal, se llevó a cabo la primera vacunación masiva contra la viruela: la importancia de la Real Expedición Filantrópica (1803-1806) ha sido tratada por Guillermo Olagüe de Ros (2012). A pesar de los diferentes problemas que enfrentó tanto en materia de salud como en el ámbito político, fue un notable esfuerzo masivo por erradicar la enfermedad que asolaba los territorios hispánicos en América.

Sobre procesos de salud-enfermedad-atención durante el siglo XIX

Durante el siglo XIX, una gran cantidad de enfermedades infectocontagiosas como el tifus, la viruela, el sarampión, la tosferina, la difteria, el cólera, la escarlatina, por mencionar algunas, se siguieron presentando en forma endémica y epidémica, y produjeron una alta morbimortalidad entre la población. La alta mortalidad se daba en forma desigual afectando a las clases bajas, especialmente a la población originaria.

En términos oficiales, los encargados de enfrentar dichas enfermedades eran los médicos con formación universitaria, pues en el siglo XIX mexicano se desarrollaron varios saberes médicos (me-

6. Las funciones del Protomedicato fueron: “vigilar a los profesionales de la salud, los médicos y cirujanos, flebotomianos, boticarios y parteras. Sancionar el ejercicio ilegal de la medicina, velar por su enseñanza, elaborar exámenes, incorporar los grados de los médicos extranjeros que pretendían ejercer su profesión en territorio novohispano, visitar boticas, dictar medidas tanto preventivas como curativas sobre salud pública y sobre el saneamiento ambiental” (Rodríguez y Galindo, 2000: 333).

7. “El método consistía en identificar brotes incipientes de viruela, tomar líquido de las pústulas y trasplantarlo a individuos sanos, particularmente a los niños no inmunizados. Con esta técnica se creaba una leve infección, por lo general benigna, que daba más posibilidades de supervivencia” (Rodríguez y Rodríguez de Romo, 1999: 194).

dicina racional, dosimétrica, homeopatía, higienismo) que trataron de diferenciarse entre sí, y que dieron lugar a conflictos entre sus practicantes (López Sánchez, 2004: 135). Una de las principales estrategias de profesionalización y diferenciación de los médicos fue el énfasis en la formación médica universitaria, misma que se forjó desde 1833 cuando comenzó a funcionar la Escuela Nacional de Medicina. La enseñanza de la medicina se concentró institucionalmente en el hospital-escuela, es decir, en una unidad donde el médico iba a formarse académicamente al tiempo que trataba y curaba a los enfermos; como señala Xóchitl Martínez (1998), la enseñanza de la medicina se centró “en la cama del enfermo”.

La profesionalización, y por ende la distinción gradual de los médicos diplomados, se sustentó en una formación escolarizada, en el desarrollo de investigaciones y en la publicación de sus estudios, a la vez que se reorganizó el Consejo Superior de Salubridad, se fomentó la creación de hospitales y la formación de sociedades médicas. Pero los profesionistas facultativos trataron de legitimarse también relacionándose con la esfera gubernamental con la intención de garantizar la hegemonía de su ejercicio profesional (Rodríguez de Romo, 2002: 8-9). Fue durante el porfiriato cuando el saber y las instituciones médicas denominadas racionales (alopáticas) comenzaron a imponerse, siendo las más apoyadas por los dirigentes de las instituciones del Estado mexicano (López Sánchez, 2004: 40), como consecuencia de una aspiración de los líderes políticos por involucrarse en el proceso occidental de construcción del paradigma científico moderno, que a su vez estaba dirigido por los gobiernos de los estados europeos.

Si bien reconocemos que existían varias corrientes médicas, se impuso la llamada medicina racional (alopática), la cual se organizó como una escuela que basó el trabajo médico en la normatividad científica de la observación y la experimentación, contó con varios centros institucionales de formación que dieron lugar a la modernización de los hospitales, y a un viraje en las políticas de control sanitario dirigidas a la población.

Subrayamos el papel de la formación universitaria en estos profesionales porque, pese a dicha formación, el conjunto de estas tendencias médicas, incluida la racional, se caracterizaba por no contar con medios para enfrentar las pandemias, y de allí sus catastróficas consecuencias. Por ello, si bien estas problemáticas de salud eran una preocupación constante entre las autoridades del nuevo orden estatal, el Consejo Superior de Salubridad trató, sobre todo, de controlarlas no a través de la atención sino a través de medidas profilácticas y de prevención, dada la muy escasa eficacia médica pues no se contaba con vacunas ni con fármacos que limitaran los efectos de estas epidemias. Esto es algo similar a lo que hemos vivido con el coronavirus SARS-CoV-2 actualmente, señalando que en dichos lapsos no se aplicaron medidas de cuarentena o de algún tipo de distanciamiento social.

El saber médico carecía de información científica básica pues, incluso, a mediados del siglo XIX uno de sus principales problemas radicaba en torno a la causalidad de las enfermedades: una de las interpretaciones dominantes se refería a la infección del aire, a los gases malsanos, a los miasmas producidos por los cadáveres enterrados. Se postuló el origen de las enfermedades a través del contagio

por contacto con la ropa y por la poca precaución en la ingesta de alimentos. Sin embargo, a medida que avanzó el siglo, la medicina generó, más allá de su eficacia curativa y preventiva o no, un discurso bastante integral sobre las enfermedades. Recordemos que no sólo el saber biomédico no contaba todavía con medios eficaces, sino que tampoco los curadores tradicionales, ni los saberes populares sabían cómo enfrentar las pandemias de las diferentes enfermedades infectocontagiosas. Por eso, el elemento más importante que el Consejo de Salubridad trató de impulsar era la higiene y la salubridad de las viviendas, de los parques, de las calles.

El peligro de las epidemias siguió vigente durante todo el siglo xx y lo que corre del siglo xxi: los casos de peste negra en 1902, la fiebre amarilla que fue un problema grave en las tierras bajas hasta 1920, la denominada “gripe española” de 1918, son ejemplo de ello. Más aún, el paludismo fue un problema grave hasta la década de 1950 y la poliomielitis hasta 1948 (CNCBP, 2018). Por otra parte, enfermedades como la tuberculosis broncopulmonar que parecía haber sido controlada, ha resurgido con notable fuerza en la actualidad, igual que las enfermedades venéreas como la sífilis o la gonorrea: el dengue y el VIH-Sida se han convertido en la actualidad en un problema epidémico sin olvidar que la pandemia de influenza A-H1N1 tuvo su principal foco inicial en México en 2009.

Palabras finales

Este breve trabajo es un esbozo referencial sobre cómo las sociedades piensan las enfermedades según su contexto histórico y suma a la reflexión de que los procesos salud-enfermedad-atención deben verse como procesos históricos y culturales.

En el territorio nacional actual hubo distintas formas de comprender la enfermedad y de concebir la curación, pues las epidemias fueron una parte constante desde el periodo virreinal temprano. Todas ellas están narradas y representadas gráficamente por los códices coloniales y descritas en las crónicas novohispanas que nos dejan ver la importancia que tuvieron en la dinámica demográfica de la población. También debemos apuntar que los tratamientos terapéuticos médicos y religiosos se observan como indisociables en este periodo: la intervención de los santos se consideraba de vital importancia para el cese de las enfermedades epidémicas que implicaban mayor mortandad.

Viruela y sarampión fueron los patógenos más recurrentes del periodo colonial y, para tratarlos, la población recurrió tanto a médicos como a curanderos y hechiceros; así era la doble dimensión que tuvo la atención de la enfermedad en la Nueva España.

A finales del virreinato, las prácticas curativas y terapéuticas transitaron hacia la modernidad con tratamientos como la inoculación y las campañas de vacunación.

En el siglo xix se modificó la forma de comprender el proceso de salud-enfermedad-atención que ya estaba marcado de manera decisiva por la medicina alopática: se consideró a la higiene pública un factor determinante en la prevención y control de las enfermedades, lo cual se sumó drás-

ticamente a un cambio de paradigma en las disciplinas médicas que optaron por la normatividad científica impulsada, de manera definitiva, durante la consolidación del gobierno de Porfirio Díaz entre 1876 y 1911.

Sin duda, nuestro presente nos coloca ante la necesidad de reflexionar sobre las enfermedades epidémicas pues, actualmente, las diarreas, las enfermedades respiratorias agudas y la influenza estacional —por mencionar algunos ejemplos— siguen siendo endémicas en la Ciudad de México, amén del inusitado rebrote de sarampión después de haber sido erradicado en nuestro país durante la segunda mitad del siglo xx. Ésta es una clara advertencia de la atención que requieren nuestras dinámicas sociales y culturales ante la impredecible irrupción de las enfermedades en nuestras vidas cotidianas. Dicha práctica se realizaría mientras vivimos una alteración institucional dramática en todas las áreas de nuestra vida, provocada, en parte, por la propagación internacional del coronavirus SARS-CoV-2 que, además, requiere de una participación social responsable, colectiva y de visión integral para resolver sus efectos.

Bibliografía

- Borah, Woodrow y Sherburne F. Cook (1963). *The Aboriginal Population of Central Mexico on the Eve of the Spanish Conquest*. Berkeley: University of California Press.
- Calderón, Aristeo (1909). “El alcoholismo agudo”. *Gaceta Médica de México*, 4(1), pp. 11-34.
- Canales Guerrero, Pedro (2017). “Historia natural del tifo epidémico: comprender la alta incidencia y rapidez en la transmisión de la *Rickettsia prowazekii* 11”. En José Gustavo González Flores (coord.). *Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia en la población adulta del siglo xvii al xix* (pp. 11-23). Saltillo: Universidad Autónoma de Coahuila.
- Códice Florentino* (1979). Sahagún, Bernardino de. México: Secretaría de Gobernación / Casa Editorial Giunti Barbera.
- Coordinación Nacional de Protección Civil [CNCP] (2018). *Epidemias en México*. México: Coordinación Nacional de Protección Civil-Centro Nacional de Prevención de Desastres / Secretaría de Gobernación.
- Cordero del Campillo, Miguel (2001). “Las grandes epidemias en la América colonial”. *Archivos de Zootecnia*, 50(192), pp. 598-612.
- Cramausse, Chantal (ed.) (2009). *Demografía y poblamiento del territorio. La Nueva España y México (siglos xvi-xix)*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Escobar Sánchez, Jenire y Miriam Aimé Torres Plata (2017). “El tifo de 1813 y otras enfermedades del siglo xix en Almoloya de Juárez”. En José Gustavo González Flores (coord.). *Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia en la población adulta del siglo xvii al xix* (pp. 142-155). Saltillo: Universidad Autónoma de Coahuila.

- García Martínez, Bernardo (2005). "El cataclismo demográfico de la conquista". *Arqueología Mexicana*, 74, pp. 58-61.
- González Flores, José Gustavo (coord.) (2017). *Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia en la población adulta del siglo XVII al XIX*. Saltillo: Universidad Autónoma de Coahuila.
- Gottfried, Robert S. (1989). *La muerte negra. Desastres naturales y humanos en la Europa medieval*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Guevara Flores, Sandra Elena (2017). *La construcción social del cocoliztli en la epidemia de 1545 a 1548 en la Nueva España* (tesis de doctorado). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Guevara, Sandra (2019). "Primeria pandemia del Nuevo Mundo: la viruela de 1520 en México". *Noticonquista*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/EnCpgof>> .
- Harant, Hervé (1971). *Las epidemias*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Hudemann-Simon, Calixte (2017). *La conquista de la salud en Europa (1750-1900)*. Madrid: Siglo XXI.
- Huff, Toby E. (1993). *The Rise of Early Modern Science. Islam, China, and the West*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Le Roy Ladurie, Emmanuel (1988-1989). "Un concepto: la unificación microbiana del mundo (siglos XIV al XVII)". *Historias*, 21, pp. 33-69.
- López Austin, Alfredo (1969). "De las enfermedades del cuerpo humano y de las medicinas contra ellas". *Estudios de Cultura Náhuatl*, 8, pp. 51-121.
- _____ (1971). "De las plantas medicinales y de otras cosas medicinales". *Estudios de Cultura Náhuatl*, 9, pp. 125-230.
- _____ (1972). "Textos acerca de las partes del cuerpo humano y de las enfermedades y medicinas en los Primeros memoriales de Sahagún". *Estudios de Cultura Náhuatl*, 10, pp. 129-153.
- _____ (1975). *Textos de medicina náhuatl* (2ª ed.). México: IIH-UNAM.
- _____ (2012). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México: IIH-UNAM.
- _____ y Carlos Viesca Treviño (coords.) (1984). *Historia general de la medicina en México, 1, México antiguo*. México: Facultad de Medicina-UNAM / ANM.
- López Sánchez, Oliva (2004). *La profesionalización de la gineco-obstetricia y las representaciones técnico médicas del cuerpo femenino en la medicina de la Ciudad de México* (tesis de doctorado). Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Malvido, Elsa (2003). "La epidemiología, una propuesta para explicar la despoblación americana". *Revista de Indias*, 63(227), pp. 65-78.
- _____ (2010). "La primera gran pandemia de viruela (1520)". *Arqueología Mexicana*, 101, pp. 22-27.
- Martínez Barbosa, Xóchitl (1998). "Un punto de arranque de la medicina mexicana. El caso del hospital de San Andrés". *Anales Médicos. Revista de la Asociación Médica del American British Cowdray Hospital*, 43(2), pp. 70-75.

- Méndez, Marciano Netzahualcoyotzi (2016). "La epidemia de viruela de 1797-1798 en la parroquia tlaxcalteca de San Pablo Apetatitlan: mortalidad diferenciada y estrategias preventivas". *Tiempos Modernos. Revista Electrónica de Historia Moderna*, 8(32), pp. 125-149.
- Micheli-Serra, Alfredo de (2001). "Médicos y medicina en la nueva [sic] España del siglo xvi". *Gaceta Médica de México*, 137(3), pp. 257-263.
- Molina del Villar, América (2001). *La Nueva España y el matlazahuatl, 1736-1739*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- _____ y Claudia Patricia Pardo Hernández (2017). *Las epidemias en la Ciudad de México: una visión de larga duración*. Trabajo presentado en el III Coloquio Internacional "Las paradojas de la Megalópolis" del Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública-Cámara de Diputados, México.
- Morales Sarabia, Angélica (2016). "Las enfermedades de las mujeres en la Nueva España, una taxonomía a través de las plantas emenagogas (siglo xvii)". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/DnCjZkL>>.
- Ocampo Rosales, María Genoveva Rosa (2005). *La salud y la enfermedad en las relaciones geográficas del siglo xvi (1579-1585)* (tesis de maestría). Instituto de Investigaciones Filológicas-UNAM, México.
- Olagüe de Ros, Guillermo (2012). "Las enfermedades viajeras". En *Historia, medicina y ciencia en tiempos de... Los Virreinos* (pp. 157-202). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
- Prem, Hans J. (1999). "Brotos de enfermedad en la zona central de México durante el siglo xvi". En W. George Lovell y Noble David Cook (coords.). *Juicios secretos de Dios. Epidemias y despoblación indígena en Hispanoamérica colonial* (pp. 63-87). Quito: Abya-Yala.
- Revel, Jacques y Jean-Pierre Peter (1980). "El cuerpo. El hombre enfermo y su historia". En Jacques Le Goff y Pierre Nora (dirs.). *Hacer la historia* (vol. III). *Objetos nuevos, nuevos temas* (pp. 173-195). Barcelona: Laia.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia (2002). "Los médicos como gremio de poder en el Porfiriato". *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 5(2), pp. 4-9.
- Rodríguez, Martha Eugenia y Ana Cecilia Rodríguez de Romo (1999). "Asistencia médica e higiene ambiental en la ciudad de México Siglos xvi-xviii". *Gaceta Médica de México*, 135(2), pp. 189-198.
- Rodríguez, Martha Eugenia y Angelina Galindo (2000). "El Protomedicato y la Inquisición: supervisores de la medicina". En Noemí Quezada, Martha Eugenia Rodríguez y Marcela Suárez (eds.). *Inquisición novohispana*, 2 (pp. 333-347). México: IIA-UNAM / UAM.
- Rosen, George (1958). *A History of Public Health*. Nueva York: MD Publications.
- Sahagún, Bernardino de (2000). *Historia general de las cosas de Nueva España* (3ª ed.) México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Sigerist, Henry (1974) *apud* Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1984). *Medicina e historia. Raíces sociales del trabajo médico*. México: Siglo XXI.
- Vargas Guadarrama, Luis Alberto (1993). "El conocimiento médico en el México prehispánico". En Hugo Aréchiga y Juan Somolinos Palencia (comps.). *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico* (pp. 11-30). México: Secretaría de Salud / Academia Nacional de Medicina / Academia de Investigación Científica / FCE.

- Viesca Treviño, Carlos y Andrés Aranda Cruzalta (1997). "Las enfermedades reumáticas entre los nahuas prehispánicos". *Estudios de Cultura Náhuatl*, 27, pp. 309-324.
- _____, Andrés Aranda Cruzalta y Mariblanca Ramos de Viesca (1999). "Antecedentes para el estudio de la clasificación de las enfermedades en la medicina náhuatl prehispánica". *Estudios de Cultura Náhuatl*, 30, pp. 183-201.
- _____ (2005). "El corazón y sus enfermedades en la cultura náhuatl prehispánica". *Estudios de Cultura Náhuatl*, 36, pp. 225-244.

El coronavirus es nuevo, las pandemias no. Reflexiones sobre los caminos recorridos y por recorrer de la antropología médica

Ana Victoria Morán Pérez*

A finales del año 2019, en la ciudad de Wuhan, China, fue identificado por primera vez el virus SARS-CoV-2, causante de la pandemia más cuantiosa en los últimos cien años que recondujo las vidas de millones de personas en el mundo. En cuestión de semanas, se propagó alrededor del mundo y en unos meses logró transformar el orbe y la forma de habitarla. No sólo se modificaron las rutinas cotidianas de sus habitantes—quienes tuvieron que confinarse en sus viviendas como la medida más efectiva de mitigación del virus— sino que en varios países se produjeron una serie de sucesos críticos que han puesto en jaque el presente y futuro del planeta: el colapso de los sistemas sanitarios, los despidos masivos de trabajadores del sector formal, las altas tasas de mortalidad en poblaciones vulnerables, la caída de las economías globales y nacionales, la agudización de las violencias en sus diferentes manifestaciones, entre otros. Al mismo tiempo, la contingencia sanitaria cedió el rol a las telecomunicaciones y los medios digitales, lo cual confirma su participación como actores principales del siglo *xxi*.

La pandemia por coronavirus se constituye como algo más que una crisis sanitaria, pues convulsiona el conjunto de relaciones sociales y la totalidad de actores, instituciones y valores (Ramonet, 2020). Es un fenómeno que conduce al replanteamiento de las múltiples esferas que conforman la vida social y, por ello, convoca el interés de las ciencias sociales, específicamente de la antropología. Para esta disciplina, la pandemia conlleva la necesidad de conocer su impacto en las formas de vida concretas y de reflexionar sobre las afectaciones sociales, culturales, económicas, políticas y de salud producidas en las diferentes realidades. En este sentido, la antropología médica, una rama de la antropología social cuya finalidad es el estudio de la salud, la enfermedad y la muerte, los sistemas de prevención y curación, así como las interpretaciones de los grupos humanos sobre estas dimensiones, adquiere un papel fundamental en el entendimiento de la pandemia actual.

* Investigadora posdoctoral, CIESAS, Unidad Pacífico Sur (ana00.moran@gmail.com).

Este trabajo concentra un conjunto de reflexiones sobre cómo pensar la pandemia por coronavirus desde la antropología médica; se argumenta cómo esta emergencia sanitaria desvela problemáticas sociales, económicas y políticas de las sociedades que reflejan contradicciones de los sistemas sociales. Asimismo, se expone una serie de desafíos que enfrenta este campo disciplinar, ante los cuales es necesario aproximarse desde estudios etnográficos que den cuenta del impacto del COVID-19 en los procesos locales de percepción y atención de la salud y la enfermedad.

Como ya se ha dicho, en el contexto de un mundo pandémico, deteriorado y en crisis, la antropología médica adquiere un papel inexcusable para comprender e intervenir en las problemáticas de salud que surgen en los tiempos del coronavirus.

Se sabe que las epidemias y pandemias han acompañado el curso de la historia de la humanidad. Diversos virus y bacterias han causado enfermedades como la peste bubónica, la viruela o la gripe española de 1918, por mencionar algunas de las que han generado más estragos. En tiempos más recientes, surgieron nuevas enfermedades infecciosas, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la influenza aviar (AH5N1), el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), la influenza porcina (AH1N1) y el ébola; se ha producido, además, un resurgimiento de la tuberculosis, del cólera, del paludismo y del sarampión.

Disciplinas como la demografía, la medicina, la epidemiología, la historia o la antropología han documentado el devenir de las epidemias y pandemias ocurridas a lo largo de la historia. De forma particular, la antropología médica se ha interesado en conocer las percepciones de los conjuntos sociales sobre estas enfermedades, las prácticas de prevención y atención, la percepción social del riesgo, las determinantes estructurales, así como los discursos y estrategias formuladas por las instancias gubernamentales y civiles. En ese sentido, las investigaciones previas pueden ser un punto de arranque para el estudio de la pandemia que vivimos hoy. En dichos trabajos pueden encontrarse puntos en común con la situación actual, lo cual constata la idea planteada por Ennis-McMillan y Hedges (2020) respecto a que el COVID-19 es un nuevo patógeno que ha producido una pandemia inédita para el mundo, aunque las respuestas humanas a las epidemias y pandemias no lo sean.

Contar con perspectivas transculturales y de escala global, es fundamental para el análisis de la pandemia actual, para comprender su naturaleza y sus efectos (Moreno, 2020), y justo en esa tarea la antropología puede cumplir un cometido central. Las investigaciones sobre otras epidemias y pandemias permiten identificar tendencias en las respuestas sociales ante las epidemias, mismas que aun cuando pueden variar respecto al momento histórico y al contexto sociocultural en el cual se producen, o por las características del agente infeccioso, refieren a pautas que pueden ser útiles para entender algunos aspectos de la pandemia por COVID-19.

El objetivo de este artículo es presentar un conjunto de reflexiones sobre cómo pensar la pandemia por coronavirus desde la antropología médica. Los puntos de partida son, por un lado, argumentar que esta mirada es imprescindible para indagar en las respuestas, necesidades, demandas y expectativas de los diversos sectores involucrados en la contingencia sanitaria; por otro, evidenciar

que todo proceso de salud-enfermedad-atención desvela problemáticas sociales, económicas y políticas que tienen lugar en las sociedades.

Es a partir de esta idea que se estructura el texto, por lo que en la primera parte intento mostrar cómo la pandemia deja al descubierto una gama de procesos que no necesariamente refieren al ámbito sanitario, pero que resultan nodales para comprender la emergencia sanitaria en su totalidad. En un segundo apartado se realiza el ejercicio de imaginar los rumbos que tomará la antropología médica a raíz de la pandemia, presentando algunas vetas de estudio que pueden explorarse en futuras investigaciones para luego cerrar con algunas reflexiones finales.

La pandemia como espía de las contradicciones del sistema

El antropólogo Eduardo Menéndez continuamente hace referencia a una frase que retoma del médico italiano Giovanni Berlinguer respecto a que los procesos de salud-enfermedad operan como espías de las contradicciones de los sistemas sociales. Esto significa que tales procesos se constituyen como puerta de entrada para mirar a otros de carácter económico-político e ideológico-culturales que forman parte de la vida social (Menéndez, 2015: 302). Bajo esa idea, las enfermedades permiten redescubrir, visibilizar o dimensionar una infinidad de procesos que tienen lugar y que denotan contradicciones inherentes a las sociedades. La labor de los antropólogos médicos es explorar, mediante el estudio de los procesos salud-enfermedad-atención, cómo se manifiestan esas contradicciones en los sistemas sociales.

Siguiendo esta premisa, podemos pensar que la pandemia por coronavirus opera como espía de las contradicciones de los sistemas sociales, económicos y políticos que rigen al mundo actual. Y si algo ha quedado claro es su contribución al “redescubrimiento” y la demostración de problemáticas emergentes del modelo neoliberal y sus formas de expresión en las realidades sociales concretas.

¿Qué contradicciones se redescubren, visibilizan o evidencian por el COVID-19? La respuesta a esta pregunta da cabida a una infinidad de posibilidades, aunque en este trabajo únicamente referiré dos contradicciones que emergen en todas las latitudes y que, en el caso particular de México, se asoman con fuerza: la desigualdad social y económica, y el desmantelamiento de los sistemas de salud, dos problemáticas que se sitúan en el núcleo de la crisis sanitaria.

El coronavirus ha dejado al descubierto la desigualdad, un problema histórico-estructural intrínseco al régimen capitalista, transversal a todo el orbe aunque exacerbado en algunas regiones como Latinoamérica, considerada la más desigual del mundo. La pandemia pone en evidencia que, aunque todos somos susceptibles a enfermarnos de coronavirus, son los sectores más vulnerables los que más se enferman y tienen más riesgo de vivir complicaciones y morir.

En sus trabajos sobre VIH-Sida en Haití, Farmer (1996) y Castro y Farmer (2003, 2005) plantean que para comprender dicha epidemia hay que integrar al análisis el estudio de las fuerzas sociales a gran escala como el racismo, la violencia política, la pobreza y otras formas de desigualdad, y su enraizamiento en procesos históricos, políticos y económicos en el análisis de la distribución, exposición

y acceso al tratamiento para dicha enfermedad (Castro y Farmer, 2005: 132). Los autores plantean que los grupos sociales que viven en una situación de violencia estructural¹ son los más propensos a ser afectados por procesos epidémicos como el VIH.

Esta idea permite explicar los daños causados diferencialmente por la pandemia de coronavirus. Una tendencia global es que las zonas y poblaciones más afectadas son aquellas que se encuentran en mayores condiciones de marginación: en la ciudad de Barcelona, las zonas más ricas presentan una incidencia del virus 26% más baja que las menos privilegiadas, mientras que en Madrid los distritos más afectados son los barrios obreros. Por su parte, en Nueva York, la tasa de contagios es doblemente mayor en el Bronx, la zona con más cantidad de minorías raciales y personas en situación de pobreza, que en Manhattan (Salas, 2020).

Este mismo patrón se sigue en México, donde la pandemia afecta más a las poblaciones en situación de desventaja: quienes no pueden guardar confinamiento por la necesidad de salir a trabajar; quienes viven en condiciones de mayor precariedad económica; quienes, en la cotidianeidad, viven la falta de acceso a agua potable para lavarse las manos o habitan viviendas en hacinamiento. En la Ciudad de México y el Área Metropolitana, la epidemia llegó mediante los barrios ricos de las alcaldías Cuajimalpa y Miguel Hidalgo, y posteriormente se propagó hacia las zonas pobres, más densamente pobladas, y con problemas de abastecimiento de servicios urbanos como agua potable en los alrededores de la ciudad como Ecatepec, Naucalpan o la alcaldía Iztapalapa (Galindo, Arroyo y Reina, 2020).

De acuerdo con información que el gobierno de la Ciudad de México dio a conocer a través de “Transparencia COVID-19. Datos abiertos sobre salud pública, acciones sociales y gasto público en la Ciudad de México”, Iztapalapa es uno de los municipios más afectados del país con 6 048 casos confirmados hasta el 10 de junio de 2020,² y el mayor número de muertes en el país asociadas a COVID-19 (Luna, 2020). Sólo en esta alcaldía se concentra casi el 5% de los casos confirmados a nivel nacional y el 18.2% de los de la Ciudad de México (Gobierno de la Ciudad de México, 2020). De hecho, el número de casos positivos acumulados en esta alcaldía es mayor que el total de casos en 118 países y 29 estados de la república (Luna, 2020). Si bien esto tiene lógica por ser un municipio con alta densidad poblacional, también está relacionado con procesos de desigualdad y violencia estructural.

En Estados Unidos, el país con mayor número de casos y muertes confirmadas,³ las poblaciones que presentan las tasas de mortalidad más altas son las de latinos y afroamericanos: Nueva York, la ciudad epicentro de la pandemia en ese país, deja ver que el 34% de los muertos por coronavirus son latinos (Ramos, 2020). Tales datos pueden explicarse al atender las contradicciones del siste-

1. La violencia estructural es definida como una “violencia de intensidad constante que puede tomar varias formas: racismo, sexismo, violencia política, pobreza y otras desigualdades sociales” (Castro y Farmer, 2003: 30).

2. Datos actualizados al 3 de junio de 2021 siguen confirmando esta tendencia, al mostrar que Iztapalapa es la alcaldía con más casos acumulados del país. Milenio Digital, 3 de junio de 2021. Recuperado de: <<https://www.milenio.com/estados/coronavirus-casos-mexico-mapa-3-junio-2021>>.

3. Para el 11 de junio de 2020, Estados Unidos concentró el 27.3% del total de casos positivos acumulados en el mundo, esto es casi dos millones de acuerdo con una estimación propia basada en datos de CNN de 2020). En julio de 2021, este país continúa a la cabeza en casos acumulados y decesos, registrando el 18.3% de los contagios acumulados mundiales.

ma sanitario, político e ideológico norteamericano: latinos y afroamericanos han sido históricamente grupos poblacionales expuestos a situaciones de desigualdad y violencia estructural. Por tanto, en el marco de la pandemia, sectores como los migrantes indocumentados se encuentran en mayor riesgo de contagio por los trabajos que realizan —generalmente sin derechos laborales que les permitan tener goce de sueldo durante el confinamiento o acceso a un seguro médico— o por las condiciones de hacinamiento en las que viven. Asimismo, en caso de infectarse tienen más riesgo de complicación en la medida que presentan más enfermedades preexistentes como la diabetes.⁴ A esto pueden añadirse otros aspectos que influyen en la conducta de búsqueda de atención de estas minorías: la falta de un seguro de salud, las carencias económicas para pagar por recibir atención profesional, o el temor a acercarse a los servicios médicos y ser deportados, si no cuentan con permiso de residencia.

Por su naturaleza, la pandemia actual nos hace pensar en la relación entre enfermedad y desigualdad, abordada en varias ocasiones por la antropología médica: con base en los datos presentados, vemos que “la desigualdad social intensifica la vulnerabilidad para los grupos pobres y marginales” (Farmer, 1990), y los coloca en una mayor situación de desventaja ante una pandemia como la que actualmente transcurre. Asimismo, es urgente revisar otros conceptos como el de biología local, formulado por Margaret Lock (1995), quien esboza la necesidad de repensar cómo los procesos sociales y políticos producen una diferencia biológica y por ende, cómo las intervenciones biomédicas perpetúan estas desigualdades si no son conscientes de estas biologías locales (Brotherton y Nguyen, 2013: 288). En ese sentido, con el coronavirus vemos cómo las desigualdades se encarnan, produciendo diferentes medios y oportunidades para responder a una misma enfermedad en función de la posición ocupada dentro de un sistema social, político y económico.

La pandemia revela otras contradicciones del sistema como la crisis de los sistemas de salud, consecuencia de su desmantelamiento producido en las últimas décadas. A raíz de que nace el modelo neoliberal, se comienzan a implementar políticas en salud que buscan la reducción de gastos y la privatización de los servicios (Zibechi, 2020).⁵ En los países latinoamericanos, las reformas neoliberales han contribuido en el aumento de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, a utilizar los recursos menos eficientemente y a disminuir la calidad y eficiencia de los servicios (Homedes y Ugalde, 2005: 217). En este contexto, el COVID-19 llega como un virus de alto contagio que genera una elevada cantidad de pacientes críticos que requieren de atención hospitalaria pero que rebasan la capacidad de los sistemas de salud para responder a la demanda. La situación en cada país requiere un análisis particular, pues alude a coyunturas específicas de los sistemas sanitarios. Por ello sólo refiero al caso de México.

En nuestro país, dichas reformas han ocasionado un sector público de salud que vive una crisis de infraestructura y equipamiento de los servicios, sobredemanda y saturación, problemas de desa-

4. De acuerdo con datos publicados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el 22% de los hispanos tienen diabetes mientras que sólo el 12% de los blancos tienen esta enfermedad (Goad, 2020).

5. El eje de las políticas neoliberales en salud consiste en la descentralización de los servicios de salud, la privatización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos definido por cada país (Homedes y Ugalde, 2005: 210).

basto de medicamentos en los tres niveles de atención, condiciones laborales precarias del personal sanitario, así como la presencia de un aparato burocrático que ralentiza los trámites administrativos (Durán-Arenas *et al.*, 2012: 553-554). Por ende, no es un hallazgo señalar que la pandemia visibiliza el resultado de cuarenta años de políticas de ajuste estructural y reformas neoliberales que condujeron a un sistema de salud que se enfrenta al COVID-19 con deficiencias estructurales. Además, esta emergencia sanitaria llega en un momento crucial de ajustes en el sistema de salud, pues después de diecisiete años de operación del Seguro Popular, el 1 de enero de 2020 fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi).⁶ Sin embargo, su instauración ocurre dentro de un ambiente tenso y de críticas por parte de ciertos sectores políticos y empresariales, particularmente de las empresas distribuidoras de medicamentos. Tras el arranque del Insabi, hubo protestas realizadas por pacientes y familiares de personas que viven con VIH y cáncer, quienes presentaron dificultades de acceso a los medicamentos. En ese sentido, el coronavirus arriba en un momento complejo y de transición del sistema de salud, lo cual dificulta su capacidad de respuesta al problema sanitario.

Más allá de este momento de transición, el coronavirus llega a un sistema de salud en estado crítico —con carencia de hospitales, falta de recursos humanos, insumos y equipo médico—, consecuencia de políticas neoliberales y de regímenes que por décadas han perpetuado prácticas de corrupción: compras de medicamentos con sobreprecio a empresas que monopolizaban su distribución en el país, construcciones de hospitales que respondían a razones políticas y no a necesidades de salud, o la adquisición de equipos médicos y medicinas a empresas “fantasma” (Nájar, 2020).

Con base en lo anterior, se pretende argumentar que el coronavirus refleja las contradicciones asentadas históricamente en el sistema de salud mexicano luego de años de su desmantelamiento y precarización. También se hace más necesario que nunca el replanteamiento de la salud como eje vertebral de todo proyecto de gobierno.

Reimaginar la antropología médica en tiempos del coronavirus

En 2006, Freyermuth y Sesia (2006) hicieron una revisión sobre los caminos recorridos por la antropología médica en los últimos años. Propusieron algunos temas emergentes de este campo: las enfermedades crónico-degenerativas, los procesos de envejecimiento; el papel de las nuevas tecnologías en salud, de los medios de comunicación, y de los nuevos actores como las aseguradoras médicas o la industria farmacéutica. Casi quince años después vemos la pertinencia de estos campos de estudio que, además, se articulan con nuevas problemáticas como las crisis migratorias, las violencias racistas y de género, los medios digitales como generadores de información en salud, entre otros. Hoy,

6. El Insabi planea operar de manera directa los sistemas de salud que ahora están a cargo de los gobiernos locales financiados por el Seguro Popular (SP), con lo cual se asegura la atención a la población no derechohabiente (Almazán, 2019). A diferencia del SP, se pretende que el Instituto de Salud para el Bienestar elimine las barreras de acceso no sólo para enfermedades de gastos catastróficos, sino para atender todo tipo de padecimientos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019).

al enfrentar la pandemia por COVID-19, presenciamos un evento que modificará la forma de entender muchos procesos de salud-enfermedad-atención.

El propósito de este apartado es reflexionar sobre los nuevos desafíos que el coronavirus presenta para la antropología médica. Al mismo tiempo, se hace el ejercicio de imaginar posibles caminos a explorar por esta subdisciplina. Si bien, de esta contingencia sanitaria emanan una infinidad de temáticas a investigar, en este trabajo sólo aludo a tres: los procesos de percepción social y atención del virus, las respuestas de los grupos vulnerables a la crisis, y la posición del personal de salud dentro de la emergencia sanitaria. Más que dar respuestas en torno a estas cuestiones, la pretensión es formular preguntas que puedan recuperarse *a posteriori*.

La percepción social de coronavirus y otras gripes

Uno de los fundamentos de la antropología médica gira en torno a comprender cómo los grupos sociales se organizan colectivamente para comprender las enfermedades, y desarrollar conocimientos y prácticas para resolverlas (Jean Langdon y Braune, 2010). Por ende, en el contexto actual, una tarea de los antropólogos médicos es indagar en las percepciones sobre el coronavirus y cómo estas cambian en cada conjunto social.

Los medios nacionales han dado cuenta de las representaciones sociales polarizadas sobre el virus y las formas de respuesta encontradas. Mientras que algunas personas niegan su existencia, otros sectores han modificado por completo sus rutinas cotidianas como una manera de prevenir el contagio y dar seguimiento a las recomendaciones sanitarias. Esto genera discursos y prácticas que clasifican a quienes sí atienden a dichas sugerencias y a quienes no lo hacen—ya sea por el impedimento de quedarse en casa por tener que trabajar, o por la convicción de que el coronavirus no existe y sólo es un “invento” de las autoridades—, mientras ponen en riesgo a la población.

Más allá de pensar en las dificultades que esto puede suponer para que las estrategias de mitigación de la pandemia sean efectivas, conviene preguntarse ¿por qué se producen respuestas diferenciales? ¿Por qué hay sectores de la población que no creen en el virus? ¿Por qué se dan estas polarizaciones en las representaciones y prácticas sobre el coronavirus? Sin duda, COVID-19 llegó a México en un contexto de polarización social que se magnifica con la pandemia. Entra a un país que se caracteriza por la profunda desconfianza y la distancia sociocultural de la población —particularmente de los sectores más empobrecidos— hacia la autoridad y las instituciones (Rodríguez, 2020), lo cual puede ser una causa que explique la incredulidad ante el virus.

La pandemia por COVID-19 puede dar lugar a cambios en las percepciones sobre los virus pues, a partir de la información difundida en canales digitales, muchos sectores de la población tienen un mayor conocimiento técnico sobre agentes patógenos como los virus: qué son, cómo se transmiten, las respuestas del sistema inmune para enfrentarlos, entre otros aspectos. Esto no sólo muestra una mayor penetración del saber biomédico en los conocimientos de los sujetos le-

gos, lo cual puede ser indicador de la expansión del Modelo Médico Hegemónico, y de la creciente tendencia del “paciente informado”⁷ (Menéndez, 2020), también da cuenta del innegable y ascendente peso de la tecnología y las telecomunicaciones como productores de información sobre problemas de salud.

Por su parte, el nuevo coronavirus puede generar cambios en los modelos explicativos que se tienen sobre los virus, principalmente aquéllos vinculados a enfermedades respiratorias. Una veta emergente para los antropólogos médicos consiste en cuestionar cómo el COVID-19 puede transformar la percepción sobre la gripe, una enfermedad que suele percibirse como inofensiva y poco grave, pero que de ahora en adelante puede no serlo. Aunque esta enfermedad usualmente se resuelve mediante la autoatención, es probable que con la aparición del coronavirus pueda detonarse otro tipo de itinerarios de atención que incluya la atención biomédica. En este sentido, cabe plantearse en qué medida el coronavirus puede producir una medicalización de las gripes.

Otro asunto a examinar es el que versa sobre cómo la gente —o por lo menos ciertos sectores— ante mandatos institucionales, puede cambiar rápidamente su comportamiento (Manderson y Levine, 2020: 2) y así modificar dinámicas de consumo —comprar geles antibacteriales, desinfectantes, cubrebocas, guantes, etcétera—; normas de interacción social, como evitar abrazar, besar o tener contacto físico con otros; o prácticas de higiene que previenen el contagio, como lavarse las manos continuamente, evitar tocarse la cara, utilizar cubrebocas y caretas en la calle. Estos nuevos comportamientos son incorporados en un corto periodo de tiempo y han adquirido matices diferenciales en cada sector de la población en función de sus posibilidades. Dicha situación interpela ciertas ideas asentadas por el sector salud respecto de la poca receptividad de las personas para incorporar nuevas prácticas de salud.

Los grupos vulnerables ante la pandemia, campo ineludible de acción

He planteado que la llegada del COVID-19 amplifica vulnerabilidades preexistentes (Adams, 2020) en sociedades y grupos sociales históricamente vulnerados. Un campo de interés para la antropología médica consiste en investigar las afectaciones de esta pandemia en dichas poblaciones, como los grupos marginales asentados en las grandes urbes, los adultos mayores, los habitantes de zonas rurales, y particularmente los miembros de comunidades indígenas, cuyos derechos suelen ser vulnerados sistemáticamente, en el “acceso a oportunidades como en los establecimientos de salud” (Castro, 2020).

Al 30 de mayo de 2020, en México se registraron 1 867 casos confirmados y 237 defunciones en la población indígena, lo cual representa el 2.1% y 2.4% del total de casos confirmados para esa fecha (Hernández, 2020).⁸ Aunque esto no representa un número elevado, se sabe que un brote

7. Consiste en un paciente que maneja información biomédica respecto de su propia enfermedad, a modo de utilizarla lo mejor posible, aun cuando implique diferencias con los curadores biomédicos (Menéndez, 2020: 15).

8. En junio de 2021 no se cuenta con datos desagregados que posibiliten una contabilización de casos que permitan referenciar el impacto de los casos acumulados en dicha población (Camacho, 2021).

masivo en las regiones indígenas podría implicar una grave problemática de mortalidad, pues los pocos hospitales accesibles para esta población no cuentan con infraestructura ni recursos para atender a pacientes críticos. A ello se suma que dicha población cuenta con altas tasas de enfermedades preexistentes como la diabetes, la cual es, además, su primera causa de muerte.

Las condiciones materiales en las que vive la población indígena vuelven difícil el seguimiento de las medidas de prevención pues no cuentan con agua potable, no tienen acceso a jabón o gel antibacterial, o viven en hogares hacinados donde es difícil mantener la “sana distancia”. Como señala el antropólogo médico Armando Haro (2020) su destino se deja “a la buena de Dios” o, como expresa Alicia Lemus, la pandemia muestra la deuda histórica que tiene el Estado hacia los pueblos indígenas en materia de salud (Durán, 2020).

Desde la antropología médica pueden identificarse las respuestas de estos grupos ante la crisis sanitaria, y de ese modo contribuir con una perspectiva transcultural que pueda influir en las estrategias gubernamentales que se implementarán en las etapas posteriores a la pandemia. Por ejemplo, en algunas comunidades indígenas, los habitantes han decidido cerrar las fronteras de las localidades, a modo de impedir el acceso a quienes provengan de fuera (García, 2020). Esta disposición responde a una lógica de autoatención con la cual se busca instaurar una medida de prevención que el Estado no garantiza. A corto plazo, interesa dar seguimiento a estas prácticas locales.

Asimismo, se ha documentado un fenómeno necesario de seguir monitoreando, esto es, la progresiva demanda de parteras en diferentes comunidades indígenas, como una medida tomada por las mujeres embarazadas para evitar el riesgo de contagio en un hospital (Manzo, 2020). Aunque es muy pronto para formular una hipótesis sobre esta tendencia, cabe plantearse si esto conducirá a una revitalización o, por lo menos, a la resignificación de prácticas tradicionales como la partería. Esto también podría ocurrir con la atención a ciertas condiciones de salud para las cuales se preferiría acudir al curador tradicional antes que al curador alópata, por considerarse al primero más “seguro” en términos de las posibilidades de contraer el virus SARS-CoV-2.

¿Cómo va a ser la vida para los grupos vulnerables después de la pandemia? ¿En qué medida el coronavirus acentuará más su condición ya de por sí vulnerada? ¿Qué lugar ocuparán las formas de atención tradicionales y alternativas en las prácticas de estos grupos? No hay duda de que en las fases que sucederán a la pandemia, la antropología médica será un campo fundamental para comprender las necesidades de los grupos vulnerables, desde una mirada que recoja su punto de vista y sus experiencias sobre la nueva forma de vivir y convivir con el virus.

Los “héroes” de bata blanca: entre protestas y ¿nuevas identidades?

Dentro de la lucha mundial contra el COVID-19, uno de los actores protagónicos es el personal de salud, y de él se ocupan las últimas reflexiones de este apartado. Al respecto, sugiero dos materias a indagar:

las movilizaciones producidas en diferentes entidades del país y las múltiples respuestas de la población hacia este sector, mismas que van desde el estigma y agresión hasta el reconocimiento hacia su labor.

Desde que el primer caso de coronavirus arribó a México, se han realizado diversas protestas por parte del personal de salud. El objetivo de tales movilizaciones ha sido reclamar por la falta de insumos, protocolos y personal para atender a los enfermos de COVID-19. Cabe mencionar que las condiciones bajo las cuales el personal de salud ejerce en el sector público son, desde hace décadas, de gran precariedad, pues carecen de instalaciones, materiales e insumos necesarios para brindar una atención de calidad. No es casual que, en el contexto de la pandemia, una de las demandas principales sea el suministro de equipos de protección personal (EPP) que disminuyan el riesgo de infección (Expansión Política, 24 de mayo de 2020).

El COVID-19 llega en una coyuntura enrevesada para el gremio médico, o por lo menos para una parte, en tanto su quehacer no sólo se ve afectado por las deficientes condiciones del sistema de salud, sino por su situación de precarización laboral. En este escenario, son los médicos generales quienes más afectados resultan pues se enfrentan a un mercado de trabajo carente de plazas en el sector público, por ende, se ven en la necesidad de laborar en espacios de trabajo emergentes que no necesariamente avalan una inserción con garantías laborales.⁹

Con este panorama, la batalla contra el COVID-19 se vuelve una tarea complicada para el personal de salud, por lo que no extraña que tengan lugar protestas en clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel: tomando en cuenta estos antecedentes, no es inusitado pensar sobre la perspectiva a corto o mediano plazo de estas movilizaciones, y calcular si éstas pueden representar el punto de quiebre de un gremio abandonado y precarizado. Probablemente dichas protestas pueden generar las condiciones para exigir otras demandas que mejoren las condiciones del gremio. Por tanto, adquiere sentido el interrogante de si estas movilizaciones pueden representar una puerta de entrada a una nueva generación de profesionales de la salud (Martínez y Leal, 2018: 93).

Bajo esta idea, otro punto a considerar es el de las transformaciones que dichas demandas y movilizaciones generan dentro del sector de los trabajadores sanitarios, particularmente entre los médicos. Una hipótesis es que la pandemia puede reforzar los lazos profesionales, por ende, brindar un sentido de comunión generalizado dentro de este gremio. Tal idea adquiere relevancia si se toma en cuenta que éste se organiza mediante líneas de mando claramente delimitadas, y se compone por agentes de diferente rango dentro de una estructura jerárquica que se incorpora “a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días de estudiante en la facultad” (Castro y Ervati, 2015: 62). Así se produce una estructura jerárquica que coloca a ciertos médicos especialistas en la cúspide de la pirámide y a los médicos generales en la base.

9. Este es el caso de los consultorios adyacentes a farmacias, donde los médicos no reciben prestaciones, no cuentan con ningún respaldo institucional, y llegan a percibir salarios menores a los 10 000 pesos mensuales (Morán, 2020).

En ese sentido, si bien la pandemia —y las consecuentes movilizaciones y protestas— no elimina esas fronteras y jerarquías, sí promueve un sentido de pertenencia impulsado por un objetivo común: la lucha contra el COVID-19 que fortalece los vínculos entre dichos miembros. Por ende, la pregunta a plantear es ¿cómo esta situación reconduce —si es que lo hace— las pertenencias identitarias del personal médico, y la forma en que se establecen nuevas formas de relación dentro del gremio?

Diversos medios han informado sobre las agresiones y amenazas al personal de salud en el espacio público. Una enfermedad como el coronavirus, nueva, sin tratamiento y sobre la que se sabe poco, genera estigmas si seguimos a Susan Sontag (1996 [1977]) al referir los estigmas generados en torno a la tuberculosis, el cáncer y el VIH-Sida.

Las sociedades producen divisiones entre quienes se clasifica como potenciales focos de contagio y a quienes se les atribuyen etiquetas que sustentan y justifican el estigma. En este caso, quien lleva esa etiqueta es el personal de salud, pero podrían incluirse otros grupos en torno a los cuales durante este proceso pandémico se han creado estigmas y actos de discriminación: las poblaciones asiáticas, los adultos mayores o las personas que no usan cubrebocas en lugares públicos.

Bajo esta idea, el personal de salud es ubicado dentro del grupo de los “peligrosos”, pues por la naturaleza de su trabajo, están cercanos al virus. En ciertos sectores, esto produce respuestas de rechazo que conducen a los ataques físicos, verbales y simbólicos, como ha ocurrido con personal de salud al cual se niega la entrada a bancos, comercios, transporte público, etcétera. Por el contrario, otros grupos poblacionales muestran su apoyo con la entrega de donaciones (desde kits de protección hasta desayunos) por parte de organizaciones de la sociedad civil o empresas privadas (*Expansión Política*, 24 de mayo de 2020); o expresiones de reconocimiento a su labor por parte de ciudadanos, como vecinos que se organizan para aplaudir o poner música en honor al personal de salud que se encuentra en los hospitales (*Expansión Política*, 30 de abril de 2020).

Sobre este punto, considero relevante reflexionar sobre cómo la pandemia llega a resignificar la percepción de las colectividades sobre el personal de salud y su quehacer. En particular, es preciso investigar cómo las respuestas negativas —las cuales han tenido mayor cobertura mediática que las de índole positiva— pueden incidir en una relación médico-paciente de por sí distante, deshumanizada y tensa, sobre todo en el sector público; o bien, pueden alimentar una percepción, presente en determinados miembros del personal médico, que alude a la pérdida de autoridad, la devaluación y falta de reconocimiento hacia su quehacer (Leyva y Pichardo, 2012; Morán, 2020).

Conclusiones

En este artículo he intentado presentar una serie de reflexiones sobre la pandemia por COVID-19 desde el campo disciplinar de la antropología médica. En un primer momento aludo a cómo esta emergencia sanitaria toca las esferas de lo social, lo cultural, económico, político e ideológico, y desvela

procesos ya existentes dentro de las sociedades, pero que a la luz de la crisis de salud emergen con gran visibilidad. Por ello, se apunta la importancia de analizar este proceso epidémico desde un enfoque que reflexione sobre las causas estructurales del mismo (Castro, 2020), y desde ahí tejer vínculos con las expresiones locales del coronavirus.

En la segunda parte del texto se presenta una reflexión sobre algunos ejes a explorar por los antropólogos médicos que se derivan de esta pandemia. Se refiere a tres vetas de estudio: la percepción social sobre el coronavirus, las respuestas de los grupos vulnerables y la posición ocupada por el personal de salud durante la crisis y en etapas posteriores. Es preciso enfatizar que el estudio de los procesos sociales inherentes a la pandemia desde la óptica de la antropología médica, no se limitan a estas cuestiones, por el contrario, abarcan un campo de intereses mucho más extenso que no pudo ser incluido en este trabajo. Entre éstos se encuentran la necesidad de recapacitar sobre el papel de la biomedicina y su centralidad dentro de este proceso epidémico: es el saber biomédico el que tiene la última palabra respecto a cómo proceder, y en donde se buscan las soluciones para combatirlo (Menéndez, 2020). De ese modo, hay que indagar en qué medida la pandemia conduce a la inevitable y creciente expansión de un Modelo Médico Hegemónico que llegó para quedarse y propagarse.

En aras de imaginar el rumbo que pueda tomar la antropología médica, es probable que la pandemia marque un antes y un después en el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención, por lo menos en los años subsecuentes, lo que obliga a repensar nuestros objetos de estudio y la forma de abordarlos. Sin duda, durante los próximos años será inevitable que las investigaciones sobre salud, enfermedad y muerte refieran a este suceso, aun cuando versen sobre otros temas.

A partir de estas reflexiones, se pretende visibilizar la importancia de la antropología médica en el estudio de una coyuntura que ha irrumpido cotidianidades y ha trastocado los órdenes sociales que rigen el mundo. En este sentido, dicha subdisciplina tiene mucho que aportar al entendimiento del COVID-19, y cómo éste se manifiesta en diferentes contextos (Nichter, Hedges y Cartwright, 2020). Además, puede ayudar a entender perspectivas diversas sobre la pandemia: las de los gobiernos, las del sector salud y las de los conjuntos sociales legos, asumiendo que cada uno de estos actores es por sí mismo heterogéneo. Su utilidad no sólo se limita a la producción de conocimiento, sino que también puede establecer puentes de diálogo con quienes prestan servicios de salud y con los elaboradores de políticas públicas.

Al pasar la pandemia, será necesario repensar las prioridades orientadas en la equidad en salud en las próximas décadas (Castro, 2020). Como señala Laurell, uno de los beneficios del COVID-19 es que la “salud ha pasado a ocupar un lugar importante en la agenda nacional” (Laurell, 2020). Hoy en día la salud es un tema fundamental que no sólo debe ser colocado dentro de la agenda pública, sino que también debe estar cada vez más en la mira de la academia. Esta pandemia certifica la importancia de la antropología médica, y la necesidad de tejer conexiones con otras disciplinas dedicadas al estudio de la salud y la enfermedad, en la perspectiva de contribuir con el conocimiento complejo e integral de los procesos de salud-enfermedad-atención. Sin duda, el potencial de la antropología

—y en particular de la antropología médica— está en proveer una mirada global y transcultural; que conecta la estructura social con la realidad concreta, y que a partir de sus métodos logra capturar el matiz de los contextos (Closser y Finley, 2016). Hoy más que nunca es necesario apelar a estas condiciones para comprender e intervenir en un mundo pandémico, deteriorado y crítico.

Bibliografía

- Adams, Vincanne (2020). "Disasters and capitalism.... And COVID-19". *Somatosphere*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/An5AiUY>>.
- Almazán, Jorge (12-06-2019). "AMLO presenta lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar", *Milenio*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/tQ0EF5V>>.
- Brotherton, Sean y Vinh-Kim Nguyen (2013). "Revisiting local biology in the era of global health". *Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness*, 32(4), pp. 287-290.
- Camacho, Fernando (2021). "Para indígenas, acceso limitado a vacunas pone en riesgo a comunidades". *La Jornada*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/XQ0WG3v>>.
- Castro, Arachu (15-04-2020). "Respuesta a la pandemia de COVID-19 en poblaciones urbano-marginales y rurales en América Latina". [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/wn5S2vb>>.
- _____ y Paul Farmer (2003). "El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima". *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pp. 29-47.
- _____ (2005). "El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití". *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 125-144.
- Castro, Roberto y Joaquina Ervati (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anti-concepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM.
- Closser, Svea y Erin P. Finley (2016). "A New Reflexivity: Why Anthropology Matters in Contemporary Research and Practice, and How to Make It Matter More". *American Anthropologist*, 118(2), pp. 1-6.
- CNN (2020). "Coronavirus 11 de junio, minuto a minuto: más de 800,000 casos en Brasil". *CNN en Español*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Hn59jB4>>.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (6-08-2019). "Inicia parlamento abierto previo a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar". [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/An5ggUB>>.
- Durán-Arenas, L. et al. (2012). "La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria". *Gaceta Médica de México*, 148, pp. 552-557
- Ennis-McMillan, Michael y Kristin Hedges (2020). "Pandemic perspectives: responding to COVID-19". *Open Anthropology*, 8(1), Recuperado de: <<https://cutt.ly/zn599PF>>.
- Expansión Política (24-05-2020). "Personal de salud atiende entre contagios, agresiones, discriminación y despidos". *Expansión Política*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Pn53w6U>>.
- _____ (30-04-2020). "Vecinos cantan a médicos del hospital 20 de Noviembre el Himno a la Alegría". *Expansión Política*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/xn5CmqV>>.

- Farmer, Paul (1990). "Sending sickness: sorcery, politics and changing concepts of AIDS in rural Haití". *Medical Anthropology Quarterly*, 4, pp. 6-27.
- _____. (1996). "Social inequalities and emerging infectious disease". *Perspectives*, 2(4), pp. 259-269.
- Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (2006). "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica". *Desacatos*, (20), México: CIESAS.
- Galindo, Jorge, Lorena Arroyo y Elena Reina (19-05-2020) "La pandemia sigue el rastro de la desigualdad en México". *El País*. Recuperado de: <<https://elpais.com/sociedad/2020-05-19/la-pandemia-sigue-el-rastro-de-la-desigualdad-en-mexico.html>>.
- García, Jacobo (21-04-2020) "Los indígenas de México se cierran para frenar al coronavirus". *El País*. Recuperado de: <<https://elpais.com/sociedad/2020-04-21/los-indigenas-de-mexico-se-cierran-para-frenar-al-coronavirus.html>>.
- Goad, Kimberly (17-01-2020). "Los estadounidenses de origen hispano son los más afectados por la diabetes". *AARP*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Sn8fAEb>>.
- Gobierno de la Ciudad de México (2020). "Transparencia COVID-19. Datos abiertos sobre salud pública, acciones sociales y gasto público en la Ciudad de México". Recuperado de: <<https://cutt.ly/6n53GIX>>.
- Gómez Durán, Thelma (2020). "Indígenas en México: ¿cómo enfrentar una epidemia, la discriminación y el abandono histórico del Estado?". *Mongabay Latam*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Jn5K7g1>>.
- Haro, Armando (5-06-2020). "A la buena de Dios'. La respuesta social ante el COVID-19 en México y los pueblos indígenas". [Mensaje de un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/7n5KblH>>.
- Hernández, Ricardo (3-06-2020). "Informe de lo acontecido entre el 14 y 30 de mayo de 2020 sobre la pandemia de COVID-19 en México". [Mensaje de un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/gn5FgpR>>.
- Homedes, Nuria y Antonio Ugalde (2005). "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a dos estudios de caso". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), pp. 210-220.
- Jean Langdon, Esther y Flavio Braune (2010). "Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias sociales". *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18(9), pp. 177-185.
- Laurell, Cristina (14-04-2020) "Orígenes de la situación actual del sistema de salud". *La Jornada*, columna de opinión. Recuperado de: <<https://cutt.ly/6Q0TtR>>.
- Leyva, Marco y Santiago Pichardo (2012). "Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica?". *Polis*, 8(1), pp. 143-175.
- Lock, Margaret (1995). *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Luna Arce, Fernando (2020). "Iztapalapa tiene más casos de COVID-19 que 118 países". *Forbes México*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/yn536So>>.
- Manderson, Leonore y Susan Levine (2020). "COVID-19, risk, fear, and fall-out". *Medical Anthropology. Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 39(5), pp. 367-370. doi: 10.1080/01459740.2020.174630s
- Manzo, Diana (19-04-2020). "Parteras tradicionales, una opción en plena pandemia". *La Jornada*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/0Q0TUOK>>.

- Martínez, Jorge Alberto y Gustavo Leal (2018). "Movilizaciones recientes de los profesionales de la salud en México: 2014-2017". *El Cotidiano*, 207, pp. 93-106.
- Menéndez, Eduardo (2015). "Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención 'paralelas' y proyectos de poder". *Salud Colectiva*, 11(3), pp. 301-330.
- _____ (2020). "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias". *Salud Colectiva*, 16. Recuperado de: <<https://cutt.ly/In5UVnP>>.
- Milenio Digital (2021). "Mapa del coronavirus en México: Álvaro Obregón, alcaldía con más casos activos". *Milenio*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/0Q0TBnc>>.
- Morán, Ana (2020). *Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias en al sur de la Ciudad de México. Saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención* (tesis de doctorado). CIESAS, México.
- Moreno Lozano, Cristina (2020). "MAT, the 'open question', and content retrospective in light of the COVID-19 pandemic". *Medicine Anthropology Theory*. Recuperado de: <<http://medanthrotheory.org/read/11749/open-access-retrospective-covid19-1>>.
- Nájar, Alberto (2020). "Coronavirus en México: la enorme crisis del sistema de salud que implica al país atender la pandemia de COVID-19". *BBC News Mundo*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/1n5hAO1>>.
- Nichter, Mark, Kristin Hedges y Elizabeth Cartwright (2020). "Call to action: influence of Medical Anthropology for COVID-19 response". *Anthropological Responses to Health Emergencies*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/On52vuX>>.
- Ramonet, Ignacio (25-04-2020). "La pandemia y el sistema-mundo". *La Jornada*. Recuperado de: <<https://www.jornada.com.mx/2020/04/25/opinion/007a1pol>>.
- Ramos, Jorge (8-05-2020). "Los olvidados: latinos contagiados, sin empleo, dinero ni ayuda". *New York Times, Opinión*. Recuperado de: <<https://www.nytimes.com/es/2020/05/08/espanol/opinion/latinos-estados-unidos-coronavirus.html>>.
- Rodríguez Ocaña, Esteban (31-3-2020). "Caracterización histórica de las epidemias". [Mensaje de un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Cn5Uwx2>>.
- Salas, Javier (16-05-2020) "La pandemia golpea más a los que menos tienen". *El País*. Recuperado de: <<https://elpais.com/ciencia/2020-05-16/la-pandemia-golpea-a-los-que-menos-tienen.html>>.
- Sontag, Susan (1996 [1977]). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Zibechi, Raúl (17-03-2020). "Coronavirus y la otra pandemia: el desmantelamiento de la salud en el mundo". *Sputnik Mundo*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Vn8zmSb>>.

“Si yo fuera científic@...” Reflexiones antropológicas sobre la imagen pública de la ciencia en tiempos de pandemia

Blanca María Cárdenas Carrión*

Durante una clase reciente de Teoría antropológica, se alzó una discusión sobre los puntos de convergencia entre magia, ciencia y religión. En el estilo de Bronislaw Malinowski (1993), se comentaron las funciones sociales de las tres empresas, su importancia para el equilibrio social y, sobre todo, la manera en que frecuentemente cuestionamos la precisión y validez de una por encima de las demás dependiendo de nuestras necesidades y contextos históricos. Esta clase y el consecuente diálogo con estudiantes de la Licenciatura en Etnología ocurrió, como es ya habitual, desde una plataforma de videoconferencias y en el ámbito del confinamiento mandado por la pandemia del virus SARS-CoV-2. Los contagios han tardado en alcanzar los pronósticos iniciales¹ y, bajo condiciones de incertidumbre, miedo y vulnerabilidad, la reflexión sobre las instituciones sociales ligadas al conocimiento empírico y a la generación de explicaciones sobre el mundo, se exhibió necesaria y pertinente.

Como resultado de aquella clase y de otros encuentros con colegas,² se han agregado al tintero un sinnúmero de preguntas sin respuesta e inquietudes que solamente el tiempo y el trabajo podrán disolver. En este texto nos enfocaremos específicamente en el conocimiento científico, en la irrestricta confianza que cuenta entre especialistas y adeptos a sus principios epistémicos, y en su palpable hegemonía alrededor del planeta como único camino aceptado hacia la cura de un virus percibido como invasor de nuestra cotidianidad y territorio. De manera concreta, este texto pretende abrir la discusión respecto de la imagen pública de la ciencia (que abreviaré como IPC), en el tiempo de una pandemia caracterizada por desvelar la crisis de un sistema político y económico global que todos sospechábamos, pero que pocos se atrevían a mirar.

* Escuela Nacional de Antropología e Historia, INAH (etno23@hotmail.com).

1. Durante los primeros meses de 2020, el nivel de contagios en algunos países europeos era superior al del contexto mexicano.

2. Las quince sesiones del Seminario Antropología Mexicana & COVID-19 fueron particularmente estimulantes, sobre todo la presentación de la Dra. Anne Johnson (UIA) durante la sesión titulada “Antropología, tecnología y pandemias”, que se llevó a cabo el 25 de mayo de 2020. Todas las sesiones del seminario se encuentran disponibles en el canal de YouTube <<https://cutt.ly/rn6vgee>>.

La IPC es un concepto que permite el acercamiento a las representaciones sociales de una empresa que, en muchas ocasiones y a lo largo de la historia, se ha percibido distante de nuestra vida diaria, ajena a muchos problemas sociales, y dueña de un halo de estereotipos y creencias sin más fundamento que el de las narraciones y personajes del cine, la literatura y la televisión. Nuestros objetivos en las siguientes páginas serán delimitar de manera teórica el concepto de IPC, describir sus alcances desde una perspectiva antropológica y abrir la puerta hacia una reflexión sobre las percepciones sociales de la ciencia bajo circunstancias aún ininteligibles que, sin embargo, han conducido, por un lado, a un apogeo de buena reputación y a la atribución de grandes responsabilidades a las ciencias médicas; y, por el otro, a un indescriptible temor de sus aplicaciones al desarrollo tecnológico.

La ciencia es un prodigio de muchas caras y en los tiempos actuales se presenta como un campo abierto que se confunde a veces con aspectos mágicos y religiosos, e involucra infinidad de creencias, emociones y valores.

Científicos buenos, héroes, maniacos y aterradores

Cualquier programa de televisión, película o sitio en internet que pretenda destacar la participación de la ciencia en su argumento central, pondrá de relieve una de tantas imágenes como la erudición de héroes que salvarán al mundo de una catástrofe, o como una actividad perversa con intenciones ocultas. Sin embargo, a nivel teórico, las discusiones sobre imagen pública de la ciencia encierran un cúmulo de dificultades ligadas, entre otros temas, con la diversidad cultural, necesidades sociales situadas en un contexto histórico determinado, y dinámicas económicas y políticas.

Una imagen pública, en general, es una imagen o esquema mental que incluye a un conjunto de asociaciones y creencias útiles para el discernimiento³ y la comunicación entre grupos humanos. Este concepto se hermana con el de estereotipo y el de representación social en tanto que refieren a las imágenes mentales compartidas por un número significativo de personas y cuya finalidad principal es simplificar la realidad, sistematizar estímulos sensoriales, crear una idea del mundo más nítida, y promover el consenso al interior de un grupo (Joly, 2003: 224).

Las imágenes públicas son convenciones que estructuran nuestra forma de actuar y pensar por encima de cualquier percepción individual (Cortassa, 2012: 87) y se insertan en una red de expectativas, ideas, principios y valores (Rodríguez Salazar, 2007:160). La IPC como concepto responde a las preocupaciones en torno de los puentes entre ciencia y sociedad y a la importancia de favorecer la construcción de representaciones sociales de la ciencia que acerquen el conocimiento científico a la po-

3. John Locke sostenía que ninguna idea es innata, por lo que el intelecto humano debe construir este tipo de imágenes mentales, a manera de resúmenes o abstracciones, para facilitar el manejo de información (Arnheim, 1998: 116; Locke, 1999: 110).

blación y viceversa (Wagoner, 2008: 467). En este sentido, entenderemos a la IPC⁴ como la idea que las diferentes sociedades, en la historia y alrededor del mundo, han creado respecto a la ciencia, sus profesionales y sus procedimientos; esta imagen “[...] se forma en gran medida por la labor profesional de los medios de comunicación, y en particular, por los medios de comunicación de la ciencia que se han desarrollado en las últimas décadas” (Olivé, 2000: 43). Carina Cortassa (2012: 170) propone que la imagen de la ciencia tiene una lectura interna que indica valores como la originalidad y la precisión; y una lectura externa o pública sujeta a las variaciones del contexto sociohistórico y próxima a los estereotipos y formas idealizadas de la ciencia y sus practicantes.

Numerosas investigaciones y metodologías han indagado en la amplitud de la IPC. Frente al iminente desarrollo tecnológico del mundo occidental tras la Segunda Guerra Mundial⁵ y durante la carrera espacial de los Estados Unidos con el bloque soviético, la Asociación Nacional de Escritores Científicos (*National Association of Science Writers, NASW*)⁶ —con financiamiento de la Fundación Rockefeller— desarrolló, en 1957, una encuesta nacional dedicada a conocer el grado de interés por la ciencia entre la población, la comprensión de nociones y métodos científicos, y las imágenes y predisposiciones hacia la labor de la ciencia. De este estudio pionero surgieron otros trabajos de corte cuantitativo en Europa, cuya finalidad era asentar las bases para la planeación de políticas orientadas a aumentar la competitividad de los países en el ámbito científico y tecnológico (Franco, 2015: 41).

En ese mismo año, las antropólogas estadounidenses Margaret Mead y Rhoda Metraux condujeron una de las investigaciones pioneras enfocadas a la IPC, cuyos resultados tienen alcance hasta nuestros días. Mead y Metraux trabajaron con una muestra de treinta y cinco mil estudiantes de secundaria de los Estados Unidos, a quienes les pidieron breves ensayos que iniciaran con la frase “Cuando pienso en un científico, pienso en...”. Dependiendo del género del participante, los ensayos incluyeron también las frases “Si yo fuera un científico, me gustaría ser un científico que...”, “Si yo fuera un científico, no me gustaría ser un científico que...”, “Si yo me casara con un científico, me casaría con un científico que...”, y “Si yo me casara con un científico, no me casaría con un científico que...” (Mead y Metraux, 1957: 385).

La relevancia de la ciencia para el progreso y mejora de la calidad de vida era una opinión casi incuestionable en aquellos años, pero el trabajo de estas antropólogas buscó analizar las sensaciones e imaginarios presentes entre los estudiantes al situarlos en una relación mucho más cercana con la ciencia a partir de supuestos sobre su futuro y el de sus familias. Los resultados revelaron una imagen

4. En la literatura sobre este tema, el concepto de IPC es alternado de manera indistinta con términos como representaciones de la ciencia, representación social de la ciencia, percepción pública de la ciencia, ideas sobre la ciencia, imagen social de la ciencia, estereotipos de la ciencia, imagen folk de la ciencia, imagen popular (pop) de la ciencia, concepciones acerca de la naturaleza de la ciencia, miradas (*views*) sobre la ciencia, entre muchos más.

5. Es en este mismo contexto que Frank Oppenheimer inaugura el *Exploratorium* en San Francisco, Estados Unidos; fue el primer museo interactivo de ciencias, cuyo objetivo era eliminar las concepciones negativas hacia la ciencia como una práctica de destrucción masiva, y privilegiar una imagen positiva ligada a la diversión y el bienestar social (Espínosa, 2016: 72).

6. Ver: *National Association of Science Writers*, “Conectando a la ciencia y a la sociedad desde 1934”, disponible en: <<https://www.nasw.org>> (última consulta: mayo de 2020).

heterogénea de la ciencia, integrada por disciplinas como la química y la física (con referencias a laboratorios, tubos de ensayo, mecheros de Bunsen, experimentos, explosiones, energía atómica, leyes y fórmulas), la biología, botánica y la zoología (plantas, animales, microscopios, disecciones), la geología (la Tierra, rocas, minas, pozos de petróleo), la astronomía (la Luna, estrellas, planetas, el Sistema Solar, el espacio exterior, astrología, telescopios, naves espaciales), la medicina (curas para el cáncer y enfermedades del corazón, investigación, suero), la arqueología (exploración, ciudades antiguas, primeros hombres, fósiles, excavación) y las matemáticas (medición).

De igual manera, la obra de Mead y Metraux constituye el primer intento por describir la imagen predominante de los científicos en la sociedad estadounidense de mediados del siglo xx. Pese a que los ensayos mencionaban innumerables elementos relacionados con el aspecto y los valores de los científicos, las autoras lograron abstraer un estereotipo que los mostraba como hombres caucásicos, de edad madura, con lentes para ver, bata blanca, de aspecto desaliñado, con vello facial, rodeados de equipo especializado, de gran inteligencia y pasión por su trabajo, metódicos, con dificultades para establecer relaciones interpersonales, y de carácter obsesivo (Pujalte *et al.*, 2014: 540). Asimismo, la investigación resultó en dos valoraciones opuestas asociadas con la IPC.

*Imagen positiva. Los científicos como genios con un entrenamiento costoso y prolongado; personas cuidadosas, dedicadas, pacientes y de mente abierta; pasan muchos años sin obtener resultados significativos y enfrentan la posibilidad del fracaso, pero son perseverantes porque desean obtener respuestas a sus preguntas. Cuando alcanzan el éxito, los científicos salen de sus laboratorios gritando “¡Lo he encontrado!” o “¡Eureka!”, con la satisfacción de que el futuro del mundo descansa sobre sus hombros. Para Roslynn D. Haynes (2003; 2016; 2017), esta imagen tiene su ontología en las historias de los estudiosos nobles, idealistas y utópicos del siglo xvii, principalmente descritos en la *Nueva Atlántida* (1626) de Francis Bacon, en los viajeros románticos y carismáticos aventureros del siglo xix, y en los científicos que, en pleno siglo xx, se han declarado víctimas de los flujos económicos y políticos vinculados con el desarrollo de armas e inteligencia artificial.

*Imagen negativa. Los científicos como genios que pasan los días encerrados en sus laboratorios haciendo trabajos monótonos con los que, es casi seguro, nunca obtendrán reconocimiento. Si trabajan para una compañía, deberán obedecer instrucciones de sus superiores; si trabajan para el gobierno, deberán mantener secretos que ponen en peligro el bienestar de la humanidad; si trabajan por dinero y fama, entonces deberán convertirse en personajes aterradores, tomar el crédito y defraudar a otros.⁷ El trabajo científico es peligroso; los médicos pueden contagiarse de alguna enfermedad mortal y los químicos pueden morir en explosiones accidentales o sufrir las consecuencias de la radiación. Los científicos no creen en ningún dios, pues son egoístas y únicamente se preocupan por su trabajo; son descuidados en su salud y aspecto físico, e ignoran a su familia y amigos (Mead y Metraux, 1957: 387).

7. La imagen del “científico loco” como una persona que goza de gran conocimiento aún a costa de poner en riesgo el orden social, la encontramos en obras como *Fausto* (1808) de Johann Wolfgang von Goethe o en la célebre novela gótica de Mary Shelley, *Frankenstein* (1818).

Tanto el estereotipo como las valoraciones de los científicos proporcionaron ideas útiles para la planeación educativa, la enseñanza de las ciencias y la Comunicación Pública de la Ciencia.⁸ Las antropólogas resaltaron, además, la importancia de impulsar el interés por las ciencias entre las niñas y de presentar al conocimiento científico amalgamado con todos los aspectos de nuestra vida diaria.

Lo que se necesita en los medios masivos es mayor énfasis en lo real, en las recompensas de la ciencia —en la forma en que los científicos trabajan hoy en grupos, comparten problemas comunes, y no son “engranajes de una máquina” ni “solitarios” o “aislados”. Imágenes de las actividades científicas en grupos, trabajando juntos, dibujando con personas de diferentes naciones, de ambos sexos, de todas las edades, gente que disfruta su trabajo, que puede hacer mucho bien. Los medios masivos podrían también ayudar a romper el sentido de discontinuidad entre el científico y otros hombres, al mostrar a la ciencia como un campo de esfuerzo con muchas habilidades, aplicado y puro, habilidades de observación y paciencia, tabulación exacta, destellos y visión, disfrute en el puro detalle de sostener una sustancia o material, habilidades en orquestar muchos talentos y temperamentos, todo es importante. Esto ayudaría a promover una comprensión de la ciencia como parte de la vida, no divorciada de ella, un campo donde hay lugar para muchos tipos de trabajadores (Mead y Metraux, 1957: 389).⁹

A lo largo de las siguientes décadas, numerosas investigaciones pusieron de relieve que el estereotipo identificado por Mead y Metraux, ahora denominado “imagen estándar”, permanecía prácticamente intacto. Con apoyo de la técnica Machover utilizada en el campo de la psicología, entre 1966 y 1977, David Wade Chambers diseñó y aplicó a 4 807 niños en Australia, Canadá y Estados Unidos una metodología destinada a rastrear la edad en que se consolida el estereotipo del científico y la influencia de aspectos como el género, el origen étnico y el nivel socioeconómico. Esta metodología es conocida como *DAST* por sus siglas en inglés (*Draw-A-Scientist-Test*) y se basa en el análisis de dibujos y la presencia-ausencia de los componentes de la “imagen estándar”: bata de laboratorio, lentes, vello facial, símbolos de investigación (equipo de laboratorio), símbolos de conocimiento (libros), tecnología, y textos (fórmulas), sillas eléctricas, laboratorios de alquimia y leyendas como “ultra secreto” o “prohibida la entrada” (Chambers, 1983: 265).¹⁰

Las conclusiones de este trabajo fueron que el estereotipo del científico, originalmente descrito por Mead y Metraux con estudiantes de secundaria, se encuentra presente también entre niños más

8. La Comunicación Pública de la Ciencia es el conjunto de prácticas y herramientas multidisciplinares destinadas a entablar un diálogo entre ciencia y sociedad, promover el interés público por el conocimiento científico y la comprensión de los diferentes conceptos, principios y procesos de la ciencia, así como dar a conocer una imagen de la ciencia como una actividad racional (Burns, 2003 y Olivé, 2000: 71).

9. Traducción propia del inglés al castellano.

10. El método *DAST* ha sido ampliamente utilizado hasta la actualidad, lo que ha implicado su constante adaptación a los objetivos específicos de cada investigador. En la lista de indicadores se ha agregado el de objetos naturales (especímenes) y en el análisis de los dibujos: hoy se adopta una visión más incluyente en cuanto al género del científico (hombre/mujer/hombre y mujer/indefinido) (Christidou, 2010: 627).

jóvenes y es alrededor del quinto grado escolar cuando éste toma la forma que conocemos. Pese a los numerosos problemas de interpretación de las representaciones gráficas, el trabajo de Chambers marcó un hito en la investigación de la IPC, pues diseñó una metodología aplicable en cualquier lugar del mundo, sin que ello suponga problemas de traducción y con la que podríamos eventualmente cruzar información sobre diferentes parámetros socioculturales.

En la actualidad existen abundantes trabajos sobre la imagen pública de la ciencia y en la mayoría se reconoce que ésta se encuentra condicionada por una gran cantidad de factores contextuales. La IPC es sumamente versátil en sus marcos históricos y culturales. Por ello su estudio requiere de una perspectiva crítica y etnográfica que se aproxime a los contrastes entre países económicamente fuertes y aquéllos en vías de desarrollo,¹¹ a las variaciones de las imágenes en el tiempo y en el espacio, y a las dimensiones emotivas, epistémicas, éticas y sociales. Específicamente en el contexto mexicano, las encuestas han jugado un papel protagónico.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), realiza, desde 1997, la *Encuesta Nacional de Percepción Pública de la Ciencia* (Enpecyt), entrevistando cada dos años a ciudadanos mexicanos mayores de dieciocho años en zonas urbanas con más de cien mil habitantes.¹² De igual modo, en el 2015, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) efectuó la *Encuesta Nacional de Ciencia y Tecnología*¹³ que, en este caso, incluyó a ciudadanos mayores de quince años en localidades rurales, zonas de complemento urbano, y ámbitos urbanos. Esta última investigación se centró en aspectos como la confianza en los científicos y la percepción de utilidad de la investigación básica, donde cerca del 52% de los encuestados asoció la palabra “ciencia” con temas de salud (médicos y hospitales), tecnología (computadoras y robots), educación (universidades y libros) y procesos de investigación (experimentos, laboratorios, batas blancas y científicos locos) (Franco, 2015: 46-49).

La antropología en busca de la IPC

El estudio de la IPC invita a un abordaje transdisciplinario donde la antropología puede sugerir líneas de acción novedosas que amplíen la posibilidad de comprender los choques entre ciencia y otras formas de conocimiento, así como los inevitables cambios sociales derivados de las relaciones interétnicas y de los procesos globales. En particular, la reflexión antropológica nos ayuda a generar preguntas sobre la IPC relacionadas con al menos tres ámbitos específicos.

11. En el año 2000, el noruego Svein Sjøberg realizó un nuevo estudio conocido como SAS, por sus siglas en inglés (*Science and scientists*), y está disponible en <<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-14451>> (última consulta: julio 2021).

12. En las encuestas más recientes ha destacado una mayor confianza de la población mexicana en la magia y la religión por encima de la ciencia. En particular, existe un creciente temor hacia los efectos “deshumanizantes” de la tecnología. Ver: *Investigación y Desarrollo* (20-11-2019), disponible en: <<https://cutt.ly/Cmwu2wJ>>.

13. Ver: *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales. Ciencia y tecnología: una mirada ciudadana*. Disponible en: <<https://cutt.ly/HQ62Q7r>> (última consulta: julio de 2021).

*Diversidad étnica y de género. La “imagen estándar” es innegablemente excluyente por el predominio del fenotipo caucásico y del género masculino, así como por la hegemonía de los dualismos decimonónicos que separan al mundo racional, dominante y fuerte del mundo sensible, emocional y débil, y los identifican con universos masculinos y femeninos respectivamente (Code, 2006: 306). La evidencia etnográfica en los estudios sociales de la ciencia ha delatado una “invisibilidad cultural” de muchas mujeres en términos del trabajo científico (Fahy y Lewenstein, 2014: 87) y, en el mejor de los casos, la IPC ha incluido figuras femeninas con atributos anticuados, inocentes o malévolos (Flicker, 2003). Esta misma perspectiva crítica nos lleva a proponer la construcción y divulgación de nuevas IPC que contemplen con profundidad aspectos como la diversidad étnica y cultural.

*Procesos de la ciencia. De acuerdo con Bruno Latour (1992: 15), los estudios sobre la ciencia deben “abrir las cajas negras” y explorar todo aquello que forma parte de una ciencia “en proceso de elaboración”, con incertidumbres, errores y controversias. En los años recientes y en una sociedad global regida bajo principios de inmediatez, muchos medios de comunicación han difundido una IPC que privilegia la representación de una ciencia capaz de generar respuestas y soluciones rápidas, fundada en el quehacer de genios que solamente requieren trazar fórmulas en su pizarrón durante una noche de inspiración para resolver los más grandes misterios del universo. Sin embargo, esta imagen se encuentra más cerca de la magia que de cualquier disciplina científica, lo que suscita desilusión en una sociedad que concibe a la ciencia como la panacea de los problemas. La antropología clásica ya señalaba que cuando un mago o ritualista no alcanza los resultados esperados, la responsabilidad recae sobre el mundo físico, pero cuando un científico no provee las respuestas deseadas, la culpa apunta hacia una falla en su trabajo o en la aplicación de determinadas herramientas y técnicas. Desde este enfoque, resulta fundamental que la IPC ponga de relieve las hipótesis, los experimentos fallidos, la jerarquía y las divisiones de trabajo (Latour y Woolgar, 1986), además del impacto relativo de los hallazgos científicos en las decisiones de los gobernantes; mostrar una ciencia donde los valores epistémicos de los productos en la investigación —rigurosidad, originalidad, precisión— conviven con valores extra epistémicos como la creatividad, el desafío y la libertad (Cortassa, 2012: 159).

*Relación entre ciencia y sociedad. Al tiempo que la imagen del científico oculto en el sótano de su casa o en algún rincón de la universidad no contribuye a la promoción de una idea de ciencia sensible a las numerosas problemáticas por las que transita la humanidad en nuestros días, museos, documentales y otros medios de comunicación han intentado difundir una nueva IPC preocupada por temas como el uso de pesticidas, los accidentes en plantas de energía nuclear, monocultivos, alimentos genéticamente modificados, contaminación de suelos y mantos acuíferos, entre otros (Haynes, 2016: 41). Así las cosas, esta situación ha avanzado hacia la creación de un estereotipo fundado en “superhéroes del conocimiento” (Cortassa, 2012: 180), sobre los que la sociedad ha depositado expectativas demasiado altas. ¿De qué ciencia hablamos?, ¿qué tipo de conocimientos se consideran científicos y cuáles no? La IPC es un concepto que, hasta hace poco, podía referir a “la ciencia” como una noción general relativa al conocimiento racional y sistemático, y a la acción de “científicos” capaces de investigar cualquier

tema. Sin embargo, a lo largo del tiempo, las particularidades entre disciplinas han demandado atención y las ciencias sociales y las humanidades han ganado mayor reconocimiento con especialistas que no pueden generar vacunas o la cura contra una enfermedad, pero que sí crean explicaciones y propuestas sobre las realidades humanas y su futuro.

La IPC y la pandemia: descripción de un problema

Hace algunos meses, al sínfin de movimientos sociales y exigencias de cambio de un sistema global en aprietos, se sumó un virus que transparentó las desigualdades existentes y creó situaciones inéditas. “El coronavirus es un instrumento que parece efectivo para borrar, minimizar, ocultar o poner entre paréntesis otros problemas sociales y políticos que veníamos conceptualizando. De pronto y por arte de magia desaparecen debajo la alfombra o detrás del gigante” (Galindo, 2020: 120). La pandemia por COVID-19 es un fenómeno bio-psico-socio-cultural de amplio espectro que merece la pena estudiar desde todos los ángulos posibles, incluyendo, para el caso de este texto, la preeminencia de la ciencia moderna y la tecnología como salvoconductos para calmar el miedo colectivo y homologar el comportamiento de todas las sociedades que, pese a sus diferentes condiciones de vida, reciben al confinamiento —la limitación de la libertad— como la mejor recomendación para estos días (Agamben, 2020: 19).

En este contexto, las aproximaciones sociales y antropológicas contemplan la diversidad de formas de conocimiento empírico y de sistemas de creencia, y hoy reportan cómo diferentes rituales y estrategias alternativas a la medicina occidental tienen una eficacia más o menos conveniente: en la ciudad de Campeche se realizó una magna procesión del Cristo Negro, señor de San Román;¹⁴ en lo alto de las montañas en la Sierra Tarahumara hay rituales para pedir perdón a *Onorúame*¹⁵ y en el Gran Nayar se han celebrado fiestas donde un joven portó una “máscara de coronavirus”.¹⁶ En los últimos dos casos, al igual que en otros donde se describe el empleo de la homeopatía¹⁷ y del pensamiento mágico,¹⁸ se han reportado pocos o ningún contagio.

En esta situación de estrés que pone en el centro de la discusión nuestra vulnerabilidad como especie, no llama la atención que existan diferentes reacciones y apegos hacia diversos modelos de conocimiento y teorías conspiracionistas que sugieren desconfianza frente a la penetración de las tecnologías digitales en nuestra cotidianidad y espacios más íntimos. En contraste, un asomo somero a la prensa de cada día resalta el heroísmo, los sacrificios y esfuerzos del personal médico y sanitario encargado de atender a los enfermos de coronavirus y de vivir la tragedia mundial en carne propia.

Como resultado, podemos suponer que la IPC se encuentra en un proceso significativo de transformación sobre el que bien vale la pena reflexionar en el calor de los hechos. Sin lugar a duda, la re-

14. La procesión se realizó el domingo 31 de mayo de 2020.

15. Comunicación personal. Entrevista por videoconferencia, mayo de 2020.

16. Ver: <<https://cutt.ly/kmwkTZG>> (última consulta: mayo de 2020).

17. Ver: <<https://cutt.ly/BmwkD4z>> .

18. Ver: <<https://cutt.ly/ZmwkBWl>> (última consulta: mayo de 2020).

valorización del trabajo de epidemiólogos, enfermeros y camilleros, del personal de limpieza en los hospitales y conductores de ambulancias (Svampa, 2020: 30), tendrá algún efecto sobre la IPC, sobre todo en su orientación hacia las ciencias médicas y en una axiología centrada en las posibilidades de la ciencia y la tecnología para encontrar curas y desarrollar vacunas para las diferentes cepas de virus.

Bajo este encuadre y en una sugerente comparación entre el contexto histórico actual y el que vivieron Mead y Metraux —incluido el entusiasmo de los Estados Unidos por financiar expediciones que llevaran al hombre al espacio—,¹⁹ en las siguientes páginas presentaremos los resultados preliminares de un breve ejercicio etnográfico realizado a través de la lectura de artículos en la prensa y de la aplicación de una encuesta en redes sociodigitales. El trabajo de Mead y Metraux (1957) funcionó como la principal fuente de inspiración; durante 48 horas solicitamos a estudiantes de licenciatura y algunos profesionales de ciencias sociales, usuarios de Facebook,²⁰ que respondieran, con libertad, a la siguiente pregunta: “¿Cómo completarías la siguiente oración: ‘En el contexto actual de la pandemia, si yo fuera un(a) científic@...’?”. En total se validaron 44 respuestas escritas por 33 mujeres y 11 hombres. Para el análisis de contenidos, las respuestas se agruparon en categorías relativas a valores positivos y negativos de la ciencia, lo que permitió el registro de la carga emotiva de los enunciados y de referencias a prácticas de medicina alternativa, a la importancia de las ciencias sociales y a la injerencia de los intereses de gobiernos y empresas privadas en el desarrollo científico.

Un gran poder conlleva una enorme responsabilidad

Si bien reconocemos que la investigación etnográfica requiere de distancia en el tiempo para comprender a cabalidad un fenómeno social y el conjunto de expresiones culturales asociadas, por ahora avanzaremos con algunas reflexiones derivadas del análisis de los 44 enunciados obtenidos en una breve encuesta. En definitiva, este trabajo podría alcanzar dimensiones mucho más profundas, pero consideramos que, en el estado actual, contribuye al quehacer antropológico en tiempos de confinamiento y pandemia.

De este modo, la recepción de enunciados fue expedita y, en primera instancia, fue evidente la disparidad entre aquellas respuestas con una valoración positiva de la ciencia y las que describían escenarios adversos. Para una primera clasificación, en los siguientes enunciados subrayamos palabras recurrentes como “cura”, “vacuna”, “investigación” y “solución”, mismas que hemos interpretado como un reflejo de la asociación entre el término “científico” y las ciencias médicas, y de una atribución de gran poder y responsabilidad en las condiciones actuales.

19. El 30 de mayo de 2020, la NASA y la empresa SpaceX efectuaron con éxito el lanzamiento de la misión Demo-2 con la nave Crew Dragon rumbo a la Estación Espacial Internacional.

20. Entre el 27 y 28 de mayo de 2020 se publicó la pregunta en grupos cerrados de Facebook, integrados por estudiantes de licenciatura y algunos profesionales de ciencias sociales.

En el contexto actual de la pandemia, si yo fuera un(a) científic@...

- Estaría buscando la cura e investigando la mejor forma de mantener al cuerpo humano preparado para convivir con los virus. (Respuesta de una participante mujer).
- Estaría buscando la vacuna. (Respuesta de una participante mujer).
- Trabajaría muy arduamente para encontrar una vacuna contra el SARS-CoV-2 y un medicamento para poder dárselo a los enfermos y así poder regresar a la vida normal. (Respuesta de una participante mujer).
- Trabajaría para entender esta enfermedad y buscar una solución. (Respuesta de una participante mujer).
- Me la pasaría pensando en alguna alternativa para minimizar la rapidez con la que el virus ataca en los organismos de las personas. (Respuesta de una participante mujer).
- Trabajaría en la investigación exhaustiva de este virus, su comportamiento, su mutación para encontrar la vacuna. (Respuesta de una participante mujer).
- Intentaría hacer un gran esfuerzo para encontrar la vacuna contra el COVID y para terminar con el miedo actual de la humanidad. (Respuesta de una participante mujer).
- Trabajaría horas extras en tratar de encontrar una solución para esta pandemia. Y así evitar tanta muerte y miedo entre la gente. (Respuesta de una participante mujer).
- No descansaría hasta encontrar la solución a esta pandemia. (Respuesta de una participante mujer).
- Trabajaría en grupo con otros científicos para encontrar la cura lo más pronto posible. (Respuesta de una participante mujer).
- Trabajaría en encontrar el medicamento para la cura del coronavirus. Investigaría cuáles pueden ser las formas de tener un mejor sistema inmune. (Respuesta de una participante mujer).
- Estaría en un laboratorio experimentando. (Respuesta de una participante mujer).
- Investigaría, analizaría y propondría. (Respuesta de un participante hombre)
- Me dedicaría incansablemente a encontrar la cura de la enfermedad. (Respuesta de un participante hombre).

Valoración positiva–responsabilidad de encontrar una cura:

14 respuestas (12 mujeres y 2 hombres)

La asociación en las respuestas con las ciencias médicas es palpable y no resulta extraño considerando el estado de ansiedad difundido en la población y el tipo de datos que circulan de manera intensa en los medios de comunicación. Sin embargo, en un análisis crítico y más detallado, identificamos otros contenidos relacionados con la responsabilidad social de los científicos y científicas para ayudar a

las poblaciones en situación de vulnerabilidad, y difundir con mayor efectividad la información que garantice la salud y el bienestar de toda la población.

En las siguientes respuestas se señala la necesidad de encontrar medicamentos y vacunas de acceso libre para la población mundial, además de diseñar estrategias de vinculación comunitaria que se relacionan con la salud mental e incursionan en otro tipo de quehaceres propios de disciplinas humanas y sociales.

En el contexto actual de la pandemia, si yo fuera un(a) científic@...

- Me quedaría en casa a cuidarme junto con mi familia, pero aclararía a las personas cerca de mí los términos, cifras o estadísticas que pueden resultar un tanto confusas. (Respuesta de una participante mujer).
- Buscaría ideas para aportar algo a mi comunidad. (Respuesta de una participante mujer).
- Me comprometería a buscar una solución justa para la diversidad de culturas que actualmente han sido más amenazadas por el virus. (Respuesta de una participante mujer).
- Procuraría estudiar perfectamente qué tipo de protección realmente sirve. Ya teniendo un estudio más real. (Respuesta de una participante mujer).
- Organizaría grupos virtuales para encontrar salidas a nuestras preocupaciones. (Respuesta de una participante mujer).
- Me concentraría en investigar a fondo la cura o vacuna y la comparto en todo el mundo. (Respuesta de una participante mujer).
- No abandonararía mi investigación actual sobre complejos alimenticios compactos baratos para combatir el hambre y la desnutrición sobre todo en África, India y Latinoamérica. La cura y tratamiento para el COVID-19 ya lo están investigando muchos otros científicos. (Respuesta de una participante mujer).
- Ofrecería mi apoyo y experiencia para recaudar fondos y apoyar a los niños y niñas en condiciones vulnerables. (Respuesta de una participante mujer).
- Pondría toda mi energía y conocimientos en encontrar la vacuna con fondos mundiales para que fuera gratuita a toda la población. (Respuesta de una participante mujer).
- Explicaría a las personas allegadas a mí lo que está pasando y la importancia de seguir las reglas que han impuesto. Buscaría una forma para que las personas entiendan y hagan caso. (Respuesta de una participante mujer).
- Apoyaría con mi conocimiento y experiencia a promover la recaudación de fondos para apoyar en la investigación del virus para combatirlo con una vacuna y tener los recursos necesarios para poder difundirla. (Respuesta de una participante mujer).
- Investigaría junto con mis colegas la manera de hacer la vacuna, la distribuiría en los países más necesitados (Respuesta de una participante mujer).

- Lucharía para que todos mis conocimientos y descubrimientos a favor de la humanidad estuvieran a cargo de instituciones humanistas y no a cargo de los intereses de los gobiernos. (Respuesta de una participante mujer).
- Trataría de colaborar en algún equipo de investigación sobre cualquiera de los aspectos de la pandemia, o de brindar información a la gente. (Respuesta de un participante hombre).
- Prepararía un ciclo de conferencias sobre el coronavirus abordado desde la antropología. (Respuesta de un participante hombre).
- Estaría siempre haciendo experimentos para el bien de la naturaleza y la humanidad. En esta situación, buscaría una cura para el COVID. Si hablamos de científico social, pensaría en alternativas viables que nos ayuden a entendernos mejor, crear un mejor mundo, además de colaborar con los gobiernos y no solamente ser de una academia o nutrir bibliotecas. Buscaría que de verdad sirva nuestro trabajo y trabaja-ría con todas laws ciencias y disciplinas. (Respuesta de un participante hombre).
- Crearía un discurso adecuado a cada realidad, a fin de hacer llegar un mensaje correcto dentro de cada contexto particular. Entendiendo al ser científico como aquella persona que llega a resultados mediante la experimentación y no enfocado a una disciplina científica. (Respuesta de un participante hombre).

Valoración positiva–responsabilidad social y comunidades:

17 respuestas (13 mujeres y 4 hombres)

Asimismo, algunos enunciados incluyeron la mención de técnicas mágicas, inventos con resultados inmediatos y conocimientos alternativos a la ciencia occidental. A pesar de las perspectivas pluralistas en los estudios de la ciencia y en la investigación de las prácticas científicas, es dominante todavía en la literatura, y entre profesionales de la ciencia una delimitación rígida del conocimiento científico. Por ello, se exhibe una valoración negativa en los siguientes enunciados que visibiliza una oposición entre quienes abiertamente apoyan el empleo de métodos alternativos (“productos naturales”, “física cuántica”) y quienes los rechazan por suponer un grave riesgo para la salud de las personas y los intereses de la sociedad mundial.

Por último, entre las respuestas encontramos también algunos con una notable valoración negativa que presenta a la ciencia como incapaz de resolver los problemas sociales o de aportar algún conocimiento útil en el contexto actual. En estos enunciados se refirió a la “impotencia” y la “angustia” como emociones que asolan la vida de miles de científicos y científicas y, tal vez, de toda la población mundial.

En el contexto actual de la pandemia, si yo fuera un(a) científic@...

- Me concentraría en el mejor conocimiento y estudio de la física cuántica para sanarse uno mismo. (Respuesta de una participante mujer).
- Me encantaría hacer todo lo posible para que sucediera el milagro y descubrir la medicina ideal (de preferencia con productos naturales, lo más económica posible) para todos los casos: niños, jóvenes, adultos, tercera y cuarta edad. Que no tuviera efectos secundarios ni contraindicaciones y que pudieran usar diabéticos, hipertensos, etc. Que la receta se difundiera en todo el mundo sin ambiciones ni egoísmos, volver a ser libres, vivir sin ningún temor para poder abrazar a nuestros seres queridos y servir a las personas que necesitan compañía. (Respuesta de una participante mujer).
- Buscaría una cura para el SARS-CoV-2 y buscaría y daría a conocer datos de medicina natural o botánica para que ayuden en la cuestión de las personas inmunodepresivas. (Respuesta de una participante mujer).
- Inventaría un aspersor con colorante para identificar dónde está el virus y atacarlo antes de que él ataque. (Respuesta de una participante mujer).
- Combatiría las mentiras pseudocientíficas que andan circulando por WhatsApp y YouTube, ahora queda demostrado que permitir que se difundan tiene como consecuencia la muerte de mucha gente inocente. Los científicos debemos aplicarnos en desenmascarar a charlatanes como Chinda Brandolino y muchos otros. Y debemos promover leyes que los lleven a la cárcel por engañar a la gente que inocentemente cree en ellos. (Respuesta de una participante mujer).
- Pasaría más tiempo en mi laboratorio haciendo experimentos y buscando la piedra filosofal. (Respuesta de una participante hombre).

**Valoración negativa–soluciones alternativas y pseudociencias:
6 respuestas (5 mujeres y 1 hombre)**

En el contexto actual de la pandemia, si yo fuera un(a) científic@...

- Viviría angustiada (bendita ignorancia). (Respuesta de una participante mujer).
- Me tranquilizaría primero, entendiendo que no puedo hacerlo todo, que hay científicos especializados en cada cosa y en este momento yo puedo ayudar de otras formas. (Respuesta de una participante mujer).
- También me sentiría cansada, incluso impotente. Todos esperan que te comprometas a buscar una cura, ¿acaso no ya estoy comprometida? Imagina qué se siente voltear ante todas las miradas que esperan una respuesta y aún no la tengo. (Respuesta de una participante mujer).
- Dejaría de serlo para entender cómo lo ven los demás. (Respuesta de un participante hombre).

- Diría que todo terminó señores, no tenemos escapatoria. (Respuesta de un participante hombre).
- Los dejaría morir a todos. (Respuesta de un participante hombre).
- Estaría en mi casa. (Respuesta de un participante hombre).

Valoración negativa—condiciones de impotencia:

7 respuestas (3 mujeres y 4 hombres)

La imagen pública de la ciencia y el futuro

La incertidumbre generalizada e instalada por la pandemia ha traído nuevas reflexiones para la antropología como una disciplina que, como todo, deberá reformular sus conceptos y modificar enfoques. En cuanto a la IPC dejaremos latentes preguntas sobre la variación de las representaciones entre culturas, niveles socioeconómicos o rangos de edad y género, pero terminaremos este texto con la seguridad de que la antropología debe abrigar el estudio de la IPC y colaborar en la generación de propuestas para comunicar aspectos de una imagen más plural y coherente con la realidad contemporánea.

El cuestionamiento sobre el carácter polifacético de la ciencia en las representaciones sociales nos abre un espacio de reflexión antropológica que deberá profundizarse en próximos textos. Por el momento, basta con resaltar la trascendencia de construir y consolidar una IPC próxima a las exigencias colectivas y a la realidad de las prácticas científicas. Las implicaciones de la ciencia y la tecnología, en su gran variedad de soportes y campos disciplinarios, son todavía inciertas y requieren de estudios críticos que nos faculten para hacer frente a las desigualdades sociales y defender la armoniosa coexistencia de diferentes empresas de conocimiento y creencias para la imaginación y creación de un futuro sostenible y diverso.

La ciencia es esperanza. Mientras crece la desconfianza en ella y el disgusto por la configuración de políticas públicas basadas en modelos matemáticos y en geografías digitales, existe también la ilusión de una ciencia —general— creativa y comprometida, proveedora de respuestas para la configuración de tiempos y espacios pospandemia con una transversalidad real de las tecnologías digitales en todas las sociedades del mundo y con beneficios estimables de la ciencia aplicada en el campo de la salud.

Bibliografía

- Agamben, Giorgio (2020). “La invención de una pandemia”. En VV. AA. *Sopa de Wuhan. Pensamiento Contemporáneo en tiempos de pandemias* (pp. 17-20). ASPO.
- Arnheim, Rudolf (1998). *El pensamiento visual*. Barcelona: Paidós.
- Burns, T. W. et al. (2003). “Science Communication: A contemporary definition”. *Public Understanding of Science*, 12, pp. 183-202.

- Chambers, David Wade (1983). "Stereotypic images of the scientist: The Draw-A-Scientist Test". *Science Education*, 67(2), pp. 255-265.
- Christidou, Vasilisa et al. (2010). "The image of scientific researchers and their activity in Greek adolescents' drawings". *Public Understanding of Science*, 21(5), pp. 626-647.
- Code, Lorraine (2006). "Images of expertise. Women, science, and the politics of representation". En *Figuring it out. Science, gender, and visual culture* (pp. 289-314). New Hampshire: Dartmouth College Press.
- Cortassa, Carina (2012). *La ciencia ante el público: dimensiones epistémicas y culturales de la comprensión pública de la ciencia*. Argentina: Eudeba.
- Espinosa, Adriana Elisa (2016). *Evaluación de la creatividad en productos de divulgación de la ciencia: un modelo para los museos y centros de ciencia*. México: UNAM.
- Fahy, Declan y Bruce Lewenstein (2014). "Scientists in popular culture. The making of celebrities". En *Routledge Handbook of Public Communication of Science and Technology* (pp. 83-96). Londres: Routledge.
- Flicker, Eva (2003). "Between brains and breasts—women scientists in fiction film: on the marginalization and sexualization of scientific competence". *Public Understanding of Science*, 12, pp. 307-318.
- Franco, José (coord.) (2015). *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales. Ciencia y tecnología: una mirada ciudadana. Encuesta Nacional de Ciencia y Tecnología*. México: UNAM.
- Galindo, María (2020). "Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir". En VV. AA. *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia* (pp. 119-128). La Plata: ASPO.
- Haynes, Roslynn (2003). "From Alchemy to Artificial Intelligence: Stereotypes of the Scientist in Western Literature". *Public Understanding of Science*, 12, pp. 243-253.
- Haynes, Roslynn (2016). "Whatever happened to the 'mad, bad' scientist? Overturning the stereotype". *Public Understanding of Science*, 25(1), pp. 31-43.
- _____ (2017). *From Madman to Crime Fighter. The Scientist in Western Culture*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Joly, Martine (2003). *La interpretación de la imagen: entre memoria, estereotipo y seducción*. Barcelona: Paidós.
- Latour, Bruno (1992). *Ciencia en acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Editorial Labor.
- Latour, Bruno y Steve Woolgar (1986). *Laboratory Life. The construction of scientific facts*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Locke, John (1999). *Ensayo sobre el entendimiento humano*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Malinowski, Bronislaw (1993). *Magia, ciencia y religión*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Mead, Margaret y Rhoda Metraux (1957). "Image of the Scientists among High-School Students". *Science*, 126(3270), pp. 384-390.
- Olivé, León (2000). *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*. México: Paidós / UNAM.
- Pujalte, Alejandro et al. (2014). "Las imágenes inadecuadas de la ciencia y de científico como foco de la naturaleza de la ciencia: estado del arte y cuestiones pendientes". *Ciencia y Educación*, 20(3), pp. 535-548.

- Rodríguez Salazar, Tania (2007). "Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales". En Tania Rodríguez Salazar y María de Lourdes García Curiel (coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (pp. 157-190). México: Universidad de Guadalajara.
- Sjøberg, Svein (2020). *Science and Scientists: The SAS-Study: Cross-Cultural Evidence and Perspectives on Pupils' Interests, Experiences and Perceptions. Background, Development and Selected Results*. Recuperado de: <<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-14451>>.
- Svampa, Maristella (2020). "Reflexiones para un mundo post-coronavirus". En VV. AA. *La Fiebre. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias* (pp. 17-38). La Plata: ASPO.
- Wagoner, Brady (2008). "Making the Familiar Unfamiliar". *Culture & Psychology*, 14(4), pp. 467-474.

La construcción discursiva-simbólica de los trabajadores de salud en la pandemia por SARS-CoV-2 en México: la enfermera y el epidemiólogo

Sabine Pflieger*

The universe is made of stories, not of atoms.

MURIEL RUKEYSER

La pandemia actual ha generado la crisis sanitaria más importante de los últimos cien años no sólo por la muerte de cientos de miles de personas, también, y sobre todo, porque condujo al mundo a una profunda crisis política, económica y social. La enfermedad del COVID-19 visibiliza, con dolorosa claridad, la fragilidad de nuestras vidas en múltiples aspectos; en el trabajo, en la convivencia social, en los estudios o en la libertad de movimiento a la que nos acostumbramos con la globalización. La vida ordinaria se ha trastocado produciendo gran dificultad para seguir con las rutinas y tomar decisiones adecuadas en tiempos marcados por el distanciamiento social y la incertidumbre laboral.

En un estudio llevado a cabo a inicios de abril del 2020, el investigador Rogelio Flores identificó hasta 58 emociones negativas relacionadas con el COVID-19: incertidumbre, preocupación, ansiedad e impotencia encabezaban la lista.¹ Estos resultados reflejan los efectos de una pandemia a nivel emocional y cognitivo porque se carece de un modelo conceptual explicatorio que permita gestionar adecuadamente el peligro social percibido (Reckwitz, 2019), es decir, se pierde la capacidad de procesar el evento de manera racional a modelos experienciales y vivenciales. En situaciones así, se buscan explicaciones y conocimientos en modelos simbólicos más genéricos y más universales, mismos que se encuentran profundamente arraigados en la expe-

* Escuela Nacional de Lenguas, Lingüística y Traducción, UNAM (pflieger@unam.mx).

1. La fuente de dicha información es un estudio no publicado de la Facultad de Psicología de la UNAM. Los primeros resultados se referencian en el artículo de Rogelio Flores Morales (05-04-2020) "Miedo, ansiedad, frustración, aburrimiento... efectos colaterales de la pandemia" publicado en la revista *Proceso*. Disponible en: <<https://www.proceso.com.mx/reportajes/2020/4/4/miedo-ansiedad-frustracion-aburrimiento-efectos-colaterales-de-la-pandemia-240884.html>> .

riencialidad² social compartida y el imaginario colectivo (Husserl 1950; Schütz 1981; Pflieger, 2015). Estos modelos posibilitan una mejor orientación para dimensionar la crisis. Dicho de otra manera, los miembros de una comunidad procesan lo foráneo mediante marcos conceptuales familiares en correlación con su experiencialidad cotidiana (Pinker, 2007). Esto permite entender lo incomprensible a una escala humana como observan Turner y Fauconnier:

Human beings are evolved and culturally supported to deal with reality at human scale that is, through direct action and perception inside familiar frames, typically involving few participants and direct intentionality (Turner y Fauconnier, 2002: 322).

Ejemplo de la práctica de convertir lo abstracto a lo familiar y concreto, son los comparativos entre el SARS-CoV-2 con previas pandemias como la gripe española o la peste bubónica, pandemias históricas que, a pesar de su lejanía de nuestra experiencia directa, proveen un amplio acervo de construcciones simbólicas almacenadas en el imaginario colectivo con los cuales se puede significar esta nueva emergencia sanitaria.

La comparación con acontecimientos previos y similares como proceso conceptualizador, es muy eficiente para significar eventos nuevos, y combinarlo con narrativas míticas del acervo sociocultural lo hace más poderoso todavía (Propp, 1928; Campbell, 1949; Jung, 2002; Pflieger, 2015). Narrar las experiencias y vivencias con el coronavirus y generar así historias e historia alrededor de la enfermedad, nos acerca a una escala humana de comprensión del fenómeno. De esta manera, se puede observar cómo la pandemia del SARS-CoV-2 renueva narrativas míticas de muerte y del apocalipsis, pero también narrativas de solidaridad, de esperanza o incluso de conspiración. Éstas, junto con arquetipos arcaicos universales, generan patrones explicativos vigorosos para dimensionar la pandemia y posibilitan puntos de identificación u oposición con los actores relevantes de la crisis. Este posicionamiento identitario (Davies y Harré, 1990; Bamberg, 1997; Pflieger, 2012; Pflieger, 2018), *con o frente* a la crisis y sus actores, ofrece una válvula emocional y psicológica dentro de la vorágine de especulaciones, informaciones, datos y hechos.

Construcciones simbólicas y narrativas míticas de los trabajadores del sector salud

Una de las construcciones simbólicas recurrentes en el discurso de la presente emergencia sanitaria es la de los trabajadores esenciales o relevantes para el sistema. En esta conceptualización se idealizan determinados grupos de trabajadores que en circunstancias no pandémicas son casi invisibles y

2. El término "experiencialidad" se usa en Lingüística Cognitiva en traducción de los términos en alemán de *Lebenswelt und Erfahrungswelt* (Husserl, 1950; Schütz, 1981) que se refiere a un espacio comunicativo de vida, interacción y experiencias representadas por un cúmulo de patrones de interpretación, culturalmente transmitidos y organizados por el lenguaje.

frecuentemente menospreciados por la sociedad: conductores del transporte público, personal de limpieza, empleados de supermercados o repartidores. Ahora se les confiere un reconocimiento especial porque mantienen al sistema económico y de salud funcionando: dentro de este grupo de trabajadores esenciales destaca el subgrupo de los trabajadores del sector de salud.

En el discurso oficial supranacional existe consenso de que el trabajador del sector salud actúa en lugar de la sociedad para así salvarla del mal que la aqueja. Estas manifestaciones discursivas apuntan directamente a narrativas míticas entorno a un arquetipo del héroe (Propp, 1928; Campbell, 1949). Así, el director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, declara en el marco del Día Mundial de la Salud que

la organización [OMS] celebra a los trabajadores de la salud, *héroes que enfrentan la pandemia del coronavirus*, declarado prácticamente como *el enemigo público número uno de la humanidad* en este momento.³

Aquí se significan los trabajadores de salud recurriendo a una narrativa mítica heroica en cuyo núcleo se encuentra la metáfora conceptual de “guerra”. En ella, el virus es un *enemigo* que es *enfrentado* por los valientes *héroes* del sector salud. Para muchos, la metáfora conceptual de guerra sirve no sólo para narrar la presente pandemia, sino para justificar también las medidas socioeconómicas drásticas. Así, el presidente francés declaró en marzo del 2020 que “Estamos *en guerra*. Una *guerra sanitaria*, pero el *enemigo* está ahí. *Invisible, escurridizo*”⁴, mientras su homólogo estadounidense afirmó en las mismas fechas que

To this day, nobody has seen anything like what they were able to do during *World War II*. Now it's our time. We must *sacrifice together* because we are all in this together and we'll come through together.⁵

La función de estas narrativas míticas bélicas es la de apelar a la solidaridad de toda la sociedad con el fin de hacer lo necesario para combatir conjuntamente al enemigo. Narrar la pandemia como una guerra activa genera marcos conceptuales a una escala humana experiencial del tipo “debemos cuidarnos del enemigo” —“... el enemigo está ahí. *Invisible, escurridizo*”—, y “tenemos que hacer sacrificios si queremos vencer al enemigo juntos” —“... we must *sacrifice*”.

3. La declaración tuvo lugar durante una conferencia de prensa virtual desde la sede de la oms, en Ginebra. Disponible en: <<https://www.who.int/news-room/campaigns/world-health-day/world-health-day-2020>>, (última consulta: 7 de abril de 2020).

4. Esta declaración se toma de una publicación de la Deutsche Welle titulada “Franceses en confinamiento casi total” con una declaración del presidente de Francia, Emmanuel Macron, durante un mensaje dirigido a la nación en marzo de 2020. Disponible en: <<https://cutt.ly/NmraTfX>>.

5. La declaración se toma del artículo “Our Big War. As Coronavirus Spreads, Trump Refashions Himself as a Wartime President”, de Brian Bennett y Tessa Berenson, publicado en *Time Magazine*. Disponible en: <<https://cutt.ly/JmrssZC>>.

Este “llamado a las armas” resalta además a los actores que luchan en primera fila igual que “soldados” —“... salen a las trincheras...”⁶—:

En medio de la llamada emergencia sanitaria, *médicas y médicos, enfermeras y enfermeros, y personal administrativo*, día con día, *salen a las trincheras* de los sistemas de salud a cuidar de sus pacientes [...].

Los que laboran en el sistema de salud son ahora nuestro *ejército* heroico en contra del enemigo SARS-CoV-2, “[...] un ejército de héroes y heroínas anónimos...”⁷, como los refiere el rector Enrique Graue Wiechers.

Mientras que los comunicados gubernamentales celebran a los profesionales de salud como los héroes de esta guerra contra el coronavirus, el discurso de la sociedad generalizada muestra diferencias de percepción significantes hacia este grupo de trabajadores. En esta percepción, no todos tienen automáticamente un estatus de héroe y algunos trabajadores del sector salud adquieren mayor visibilidad y respetabilidad que otros.

En este entorno fenomenológico de la pandemia causada por el SARS-CoV-2 y el discurso e interdiscurso que produce, el presente trabajo tiene como objetivo detectar los patrones de construcción discursiva-simbólica de mayor frecuencia y recurrencia en la caracterización de algunos trabajadores del sector salud en México. También se analizan los rasgos focalizados con los que los mexicanos caracterizan a la enfermera y al epidemiólogo.

La enfermera y el epidemiólogo en el continuo conceptual salud-enfermedad-muerte de la pandemia por SARS-CoV-2

La salud es, sin duda, un valor humano central y por eso es considerado un derecho fundamental⁸. En términos conceptuales, la salud es el polo positivo de un continuo conceptual que, en el lado opuesto, contrasta con el valor social indeseado de la muerte. Entre estos dos polos se ubican todas las instanciaciones posibles de enfermedad: el continuo conceptual de salud-enfermedad-muerte en tiempos de una emergencia sanitaria, es decir, en tiempos en que la salud colectiva se ve amenazada, aleja la atención conceptual del polo de la salud y se mueve hacia la enfermedad y el polo de la muerte, como se ejemplifica en el gráfico 1.

6. Esta declaración se toma de una publicación de *Forbes México*, escrita por Héctor Carrasco Magallanes y Daniel Mota Barrera y titulada “COVID-19 desde las trincheras: perspectivas de los profesionales de la salud en México”. Disponible en: <<https://cutt.ly/rmrs2Sa>>.

7. Esta declaración del rector de la UNAM, Enrique Graue Wiechers, se toma de la página de la Dirección General de Comunicación Social de la UNAM. Disponible en: <<https://cutt.ly/zmrfcAx>>.

8. El artículo veinticinco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la *salud* y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la *asistencia médica* y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (énfasis propio). Disponible en: <<https://cutt.ly/rWeqlu7>>.

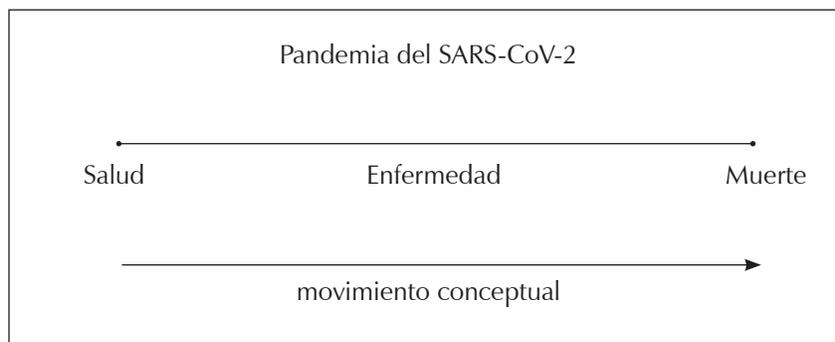


Gráfico 1. Continuo conceptual salud-enfermedad-muerte de la pandemia por SARS-CoV-2. **Fuente:** elaboración propia, junio de 2020.

Podemos observar que en múltiples narrativas sobre la pandemia se da este efecto del movimiento conceptual hacia el polo de la enfermedad y la muerte, sobre todo cuando se significan los trabajadores del sector salud: durante la amenaza pandémica empiezan a emerger cambios en la percepción colectiva sobre algunos actores de este grupo de profesionales. Algunos se mantienen en su posicionamiento habitual mientras otros son posicionados de manera distinta.

El médico, actor central ubicado en el polo de salud, no sufre muchos cambios conceptuales. Sigue siendo el “especialista”, un experto que tiene los conocimientos para poder enfrentar a la enfermedad —*los médicos que enfrentan al COVID-19*—. Los médicos mantienen así su rol arquetípico del héroe que lucha para el bienestar de toda la comunidad —*héroes del ejército blanco, superhéroes que portan bata blanca, estetoscopio, gafas de protección y mascarilla quirúrgica*— y las narrativas que se tejen a su alrededor remiten al mítico curandero o al chamán que goza de una estima social muy alta:

*Los héroes del ejército blanco: médicos mexicanos luchan contra el COVID-19. [...] En México, los superhéroes portan bata blanca, estetoscopio, gafas de protección y mascarilla quirúrgica.*⁹

Aplausos a los médicos que enfrentan al COVID-19¹⁰

La construcción simbólica del médico, transferida al continuo cognitivo-conceptual de la pandemia por SARS-CoV-2, se mantiene conceptualmente anclado al polo de salud porque es un garante de la misma (gráfico 2), aunque esto no sucede así con dos grupos de actores del sector de salud: las enfermeras¹¹ y los epidemiólogos sufren movimientos conceptuales interesantes.

9. Esta cita, cuyo énfasis es propio, se toma de una nota periodística publicada por Emma Landeros, el 10 de mayo 2020, en *Newsweek en español*. Disponible en: <<https://cutt.ly/FWeySZW>>.

10. La cita se toma del encabezado de un comunicado de la Universidad Anáhuac circulado en mayo de 2020. Disponible en: <<https://cutt.ly/vmrg4h9>>.

11. Para facilitar la lectura, en adelante se usará el término enfermera, en femenino, sin que esto excluya a todos los enfermeros masculinos.

La enfermera, contrario al médico, difícilmente puede ser vinculada a un arquetipo experiencial (p.ej. curandero, *vide supra*) y tampoco existen narrativas míticas sobre ellas. En tiempos de salud se perciben como trabajadoras técnicas que laboran de una manera eficiente pero sin el reconocimiento que recibe el médico. En tiempos de enfermedad frecuentemente se les estigmatiza y discrimina como muestran estudios en otras epidemias (Foreman, Lyra y Breinbauer, 2003). Las enfermeras son generalmente mucho más visibles que los médicos, ya sea porque se mueven en transporte público entre hospital y sus lugares de vivienda, o porque conviven de manera más cercana con la población. Esta mayor cercanía social hace que se centren en ellas los miedos sobre posibles contagios de coronavirus. En México, durante los meses de abril y mayo del 2020, más de 35 enfermeras fueron atacadas (Poy Solano, 2020).

Si insertamos esta conceptualización de la enfermera al continuo cognitivo, apreciaremos que la enfermera no es posicionada en el polo de salud, asociándola más con la enfermedad y la muerte (gráfico 2). Ella se significa en una constante “trayectoria conceptual” (Koselleck, 2012) entre la enfermedad y el polo de la muerte. De ello dan muestra diversas noticias y crónicas difundidas en diversos medios, como la publicada por *El País* con el título “Me gritaron ‘traes el COVID’ y ‘me escupieron’, las enfermeras en México sufren ataques por miedo al contagio” (Barragán y Rodríguez, 2020).

Contrario a las estigmatizaciones y ataques contra las enfermeras, el epidemiólogo se perfila de una manera inesperada porque es un profesional que, en tiempos de salud, tiene poca o nula visibilidad, aunque en la actual crisis sanitaria goza un repentino reconocimiento y una hipervisibilidad. Se le posiciona como alguien que puede explicar y visualizar el comportamiento del virus y sus posibles efectos para el bienestar y la salud de la sociedad.

En estos temas pandémicos, inaccesibles y herméticos para la mayoría de nosotros, dependemos ahora del epidemiólogo y su capacidad de análisis para determinar lo que tenemos que hacer para protegernos contra la enfermedad. El epidemiólogo se convierte así en un “analista simbólico” (Reich, 1991), y con ello actualiza el mito del sabio porque tiene pericia, sabiduría y visión para poder guiar el actuar social y político de la comunidad frente a la enfermedad.

En México, el analista simbólico del COVID-19 es el doctor Hugo López-Gatell, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud:¹² “*Es una eminencia, siempre q lo oigo hablar aprendo mas de epidemiología, Toda una cátedra verlo, y es gratis, Gatell para Presidente!!!!*”, se lee en un comentario a la nota publicada en el 28 de abril de 2020 en la publicación digital *sinlinea.mx*.¹³

Si el epidemiólogo se inserta, en su función de analista simbólico, al continuo de la pandemia del SARS-CoV-2, se aprecia como éste ocupa un lugar fijo en el punto de la enfermedad equidistante de los polos de salud y muerte (gráfico 2):

12. Cada país tiene a su “analista simbólico”; en Estados Unidos está el Dr. Fauci, en Alemania el Dr. Drosten, en España, Fernando Simón.

13. Todos los comentarios a las notas periodísticas por usuarios en Facebook se replican con su escritura original, sin correcciones de ortografía o sintaxis. No se cita el nombre de los usuarios para proteger su identidad. Por ello, se distinguen como “Comentarista 01, 02” y subsiguientes. Los énfasis en cursivas dentro de las citas son propios.

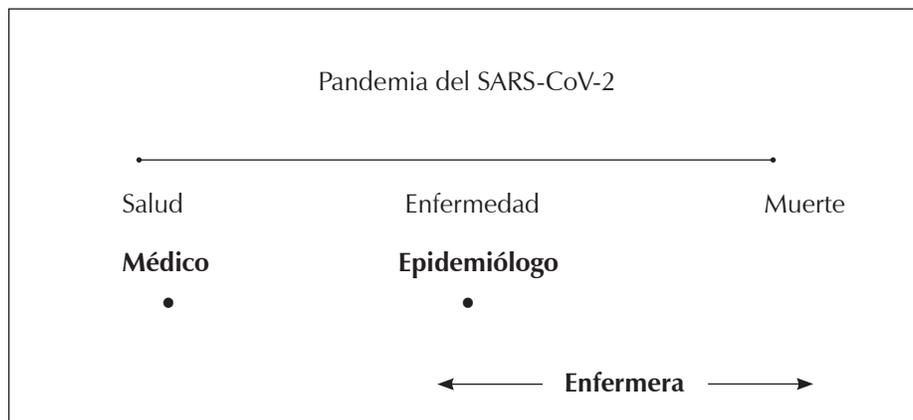


Gráfico 2. Continuo conceptual salud-enfermedad-muerte de la pandemia por SARS-CoV-2 y la ubicación o movimiento de los trabajadores de salud dentro de éste. **Fuente:** elaboración propia, junio de 2020.

El gráfico ilustra la ubicación de los actores del sector salud mencionados dentro del continuo de salud-enfermedad-muerte en la pandemia por SARS-CoV-2 en México. La figura del médico se mantiene en el polo de la salud (indicado por el punto negro), el epidemiólogo está posicionado en el concepto de la enfermedad (igualmente marcado por un punto negro), y la enfermera transita entre la enfermedad y el polo de la muerte (indicado este movimiento conceptual por las flechas).

El corpus y la metodología

Basado en lo anterior, y en el análisis discursivo, queremos corroborar si se confirma la significación simbólica del epidemiólogo como un “analista simbólico”, y de la enfermera como una pantalla de proyección para los miedos de contagio y, por tanto, su estigmatización en la percepción colectiva. Para ello, sometemos a análisis un corpus compuesto por:

- a) diez notas periodísticas circuladas en Facebook sobre agresiones a enfermeras, con quince comentarios de usuarios a cada una de las notas,¹⁴ y

14. Las notas del corpus para la construcción de la enfermera son las siguientes: “Las enfermeras, heroínas ante el covid-19 y que arriesgan hasta a los suyos, son blanco de ataques”, disponible en <<https://cutt.ly/GmtdL23>>, 1 de mayo de 2020; “Las agresiones a médicos y enfermeras por coronavirus no se detienen”, disponible en: <<https://cutt.ly/8mtgmUY>>, 10 de abril de 2020; “Detienen a dos mujeres por agredir a enfermera en Querétaro”, disponible en: <<https://cutt.ly/7mtjscd>>, 22 de abril 2020; “Jefa de enfermería del IMSS llora en plena conferencia por agresiones contra personal médico”, disponible en: <<https://cutt.ly/JmtjLwK>>, 20 de abril de 2020; “Detienen a pareja que escupió y les culpó de transmitirles COVID-19 a enfermera de la CDMX”, disponible en: <<https://cutt.ly/Nmtkua8>>, 21 de abril de 2020; “Detienen a dos mujeres por intentar agredir a una enfermera en Querétaro”, disponible en: <<https://cutt.ly/2mtkEfJ>>, 22 de abril de 2020; “Desalojan a enfermero de su departamento por miedo al covid-19”, disponible en: <<https://cutt.ly/1mtkCdi>>, 28 de abril de 2020; “Hombre ataca a enfermera con una piedra en Michoacán”, disponible en: <<https://cutt.ly/kmtk4NV>>, 30 de abril de 2020; “Si no fuera paramédica, me quedaría en casa”, disponible en <<https://cutt.ly/dmtl6ea>>; 6 de mayo de 2020; “Agreden a enfermero, bañándolo en cloro en Tlapa de Comonfort, Guerrero”, disponible en: <<https://cutt.ly/Mmtzax3>>, 12 de mayo de 2020.

b) diez notas periodísticas circuladas en Facebook sobre el subsecretario de salud, Hugo López-Gatell, con quince comentarios de usuarios a cada una de las notas.¹⁵

La elección del corpus de notas periodísticas circuladas en Facebook se realizó de manera aleatoria, acotando el periodo de publicación-circulación a abril y mayo de 2020, y obedece al hecho de que los medios sociales han sido y siguen siendo una fuente primaria de información en esta pandemia.

Dado que Facebook es la red preferida de los mexicanos, con 83 millones de usuarios,¹⁶ constituye una fuerza mediática poderosa para expresar las historias sobre cómo se experimenta la crisis sanitaria y cómo se significan sus actores relevantes. Los usuarios de Facebook crean espacios de consuelo en compañía de otros durante el confinamiento o develan en sus comentarios el *zeitgeist*¹⁷ del coronavirus. Los posicionamientos en los comentarios proveen, además, datos discursivos sin intervención o sesgo investigativo previo en el que las reacciones se dan en una comunicación auténtica y dinámica (Pfleger y Castillo, 2018; Pfleger *et al.*, 2020) y construyen patrones de significación simbólicos que reflejan un *momentum* del COVID-19.

Análisis de las construcciones discursivas de la enfermera y del epidemiólogo en la pandemia por COVID-19

A continuación se presenta el análisis discursivo de los rasgos focalizados de la muestra de Facebook. De acuerdo con el número de menciones, se organizaron en patrones de significación y construcción simbólica más frecuentes.

15. Las notas del corpus para la construcción del epidemiólogo son las siguientes: "Revista modifica la portada dedicada a Hugo López-Gatell: el hombre del momento"; disponible en: <<https://www.publimetro.com.mx/mx/coronavirus-covid-19/2020/04/22/revista-modifica-portada-dedicada-a-hugo-lopez-gatell.html>>, 22 de abril de 2020; "Artista dibuja a López-Gatell y sueña con su autógrafo"; disponible en: <<https://noticiaszm.com/zmg30657.htm>>, 25 de abril de 2020; "Lo admiro mucho': un niño de 9 años nos habla sobre su dibujo de Hugo López-Gatell contra el coronavirus"; disponible en: <<https://www.sopitas.com/mientras-tanto/historia-leon-gutierrez-nino-dibujo-hugo-lopez-gatell-contra-coronavirus-malinalco-estado-mexico/>>, 23 de abril de 2020; "López-Gatell es el nuevo héroe nacional! ¿Ya tienes tu sticker de WhatsApp de Gatell?"; disponible en: <www.sinlineamx.com>, 28 de abril de 2020; "¿Por qué tan guapo? Le pregunta reportera a López-Gatell"; disponible en: <<https://www.publimetro.com.mx/mx/noticias/2020/05/20/pregunta-reportera-hugo-lopez-gatell.html>>, 20 de mayo de 2020; "López-Gatell recibe bordado de artista mexicana; posa en foto para agradecerle"; disponible en: <<https://www.sdpnoticias.com/sorprendente/hugo-lopez-gatell-responde-bordado-artista-reina-urena-foto-instagram.html>>, 20 de mayo de 2020; "Presentan amparo para que López-Gatell deje de dar conferencias"; disponible en: <<https://www.reporteindigo.com/reporte/presentan-amparo-para-que-lopez-gatell-deje-de-dar-conferencias/>>, 19 de mayo de 2020; "El pico de la epidemia durará 3 semanas: Hugo López-Gatell"; disponible en: <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/04/24/lopez-gatell-el-pico-de-la-epidemia-durara-3-semanas-9654.html>>, 24 de abril de 2020; "Hacen tendencia #YoConfíoEnGatell para defender al funcionario"; disponible en: <<https://noticiaszm.com/zmg31425.htm>>, 7 de mayo de 2020.

16. Dato tomado del artículo "México, el quinto país con más usuarios de Facebook en el mundo", de *Notimex / Forbes México*. Disponible en: <<https://cutt.ly/HmtxGFr>>.

17. El término *zeitgeist* refiere, en la filosofía, a una fuerza conceptual que permea el imaginario colectivo en un tiempo y espacio determinados.

La enfermera en la pandemia por COVID-19 en México

En 150 comentarios vertidos en las diez notas periodísticas de Facebook, identificamos fundamentalmente tres patrones recurrentes para significar a la enfermera por parte de los comentaristas:

1. La enfermera merece reconocimiento, 12 menciones, 8%.
2. La enfermera es estigmatizada como (trans)portadora del coronavirus, 18 menciones, 12%.
3. La enfermera delata el “México bárbaro e ignorante”, 120 menciones, 80%.

En el primer patrón de significación, doce de los 150 comentarios describen a las enfermeras como heroínas de la pandemia: “grandes héroes, mi respeto y admiración”, se lee en uno de ellos. También retoman el discurso oficial aludiendo a ellas como “grandes héroes, principales soldados, ponen en riesgo su vida”, y hacen un llamado de “apoyo, solidaridad y confianza” con las enfermeras en México. Ejemplo de ello son los siguientes fragmentos:

Comentarista 01, (22-04-2020). *“Las Enfermeras y lo Médicos son las que están al frente de batalla contra este virus es muy lamentable que este sucediendo este tipo de actos!”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 02, (21-04-2020). *“los médicos y enfermeras enfermero y más no son nuestros principales soldados”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 03, (12-05-2020). *“Que nos pasa? Cuanta ignorancia, falta de solidaridad, gratitud, respeto, Eso es lo que nos merecen, quien están cuidando a nuestros enfermos, Por favor !!! Pedir a Dios que les de fortaleza, salud”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 04, (22-04-2020). *“Mi respeto y admiración para todo el personal del área de salud que están poniendo en riesgo sus vidas por salvar vidas”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 05, (06-05-2020). *“Apoyo, solidaridad y confianza al personal médico!!!”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 06, (01-05-2020). *“Bendiciones a estas grandes héroes por su gran trabajo”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

En el patrón de “(trans-)portador del coronavirus”, 18 menciones rechazan la violencia física a las enfermeras, pero expresan simultáneamente el miedo a un posible contagio por parte de ellas cuando éstas se desplazan desde y hacia el hospital. El miedo no se expresa directamente en contra de la persona, sino se focaliza en el uniforme que porta la enfermera:

Comentarista 07, (22-04-2020). *“Llegan con su uniforme y creen que es correcto salir con el para llegar a sus casas cuando deberían llevar una muda extra de ropa para salir, son protocolos que con COVID-19 o sin COVID-19 deberían llevar acabo. Es increíble ver que se llevan la bata hasta para ir a comer tacos”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 08, (28-04-2020). *“el uniforme debe ser “hospitalario” para evitar contagios de cualquier tipo, pero el personal es renuente y a algunos les gusta “presumir” su profesión, basta verlos en los puestos callejeros o restaurantes con uniforme y estetoscopio”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 09, (22-04-2020). *“No se debe salir con uniforme hospitalario nunca!”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 10, (22-04-2020). *“no salgan con el uniforme puesto, estuvo expuesto a los enfermos; es un peligro”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 11, (12-05-2020). *“Las enfermeras no deben vestir su ropa de trabajo fuera de los hospitales para que eviten ataques de la ignorancia”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

La vasta mayoría de los comentarios a notas periodísticas sobre ataques a enfermeras —120 de 150 menciones—, ven en la violencia contra las enfermeras la expresión de un México *ignorante, poco educado y bárbaro*. Por un lado, los comentarios manifiestan que los ataques se deben al retraso en ciertas áreas geográficas y zonas socioeconómicas de México como Ecatepec, Michoacán, Guerrero y zonas marginadas:

Comentarista 12, (22-04-2020). *“Igual que Ecatepec, la gente es ignorante por falta de educación y por más falta de educación. Son municipios y comunidades que siempre han sido dejadas a su suerte y donde la población a duras penas sabe leer, escribir y ciencias básicas.”* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 13, (28-04-2020). *“Será por esto que el hospital de Chilpancingo colapsó por la falta de personal para atender a enfermos de COVID-19 la gente es estúpida,”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 14, (30-04-2020). *“Es una de las zonas más marginadas de este país.”* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 15, (25-04-2020). *“Siguen siendo de los pueblos marginados de México me tocó estar ahí hace 40 años un mundo de pobreza ignorancia y marginación social”.* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 16, (06-05-2020). *“Y siguen brotando Simios, ahora en Guerrero..”.* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 17, (12-05-2020). *“En michoacan opinan lo contrario a lo publicado, van varias noticias que roban mirada ppr querer quemar hospitales, sin saber que luego correrán a esos lugares y pedirán medicina y que los atiendan, a los que hoy quieren agredir”.* [Comentario en Facebook. Énfasis propio.]

Por otro lado, los comentaristas hablan a nivel de nación comparando a México con otros países y el trato que ahí recibe el personal de enfermería. En esta percepción se focalizan los rasgos de *miedo e ignorancia* como el lastre de un México no-deseable (cfr. Pflieger y Castillo, 2018):

Comentarista 18, (01-05-2020). *“Pinche país de tercer mundo, pura gente ignorante, que por su puesto andan en la calle valiendoles la contingencia, pero eso sí con miedo a que los contagien”.* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 19, (22-04-2020). *“México bárbaro”.* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 20, (12-05-2020). *“Ignorancia, el gran mal de Mexico”.* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 21, (30-04-2020). *“Es casi increíble el actuar de algunos mexicanos cuando en otros países las felicitan por la gran labor que hacen al salvar vidas, es una vergüenza que algunos mexicanos descebrados hagan eso y más vergüenza aún lo sepan a nivel mundial”.* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 22, (30-04-2020). *“Mientras en otros países les aplauden a estos profesionales de la salud. En México se les agrade. Así el grado de ignorancia en nuestro país.”* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 23, (12-05-2020). *“Videos de todas partes de el mundo, valorando aplaudiendo, ovacionando su trabajo y en mexico mucha gente lastimándolos, descriminandolos, que pasa en mexico”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

En todos los comentarios es común la alusión a una *vergüenza* colectiva que se siente y expresa frente a los ataques a las enfermeras. Muchos comentarios se muestran solidarios con las enfermeras y hacen un llamado a los demás comentaristas a cambiar de actitud:

Comentarista 24, (01-05-2020). *“Falta de educación necesitamos en Mexico mucha ignorancia estamo en retraso. Por favor hay que instruirnos y lee mucho”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 25, (12-05-2020). *“Méxicanos no seamos Ignorantes! Por unos cuantos a todos nos ven igual”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 26, (21-04-2020). *“Ignorante me da rabia y coraje que aquí en México traten a enfermeras, doctores y personal del sector salud así, pido que se investigue y castigo ejemplar a agresores”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Lo común en todos los comentarios es la percepción de la enfermera como una “víctima” dentro de esta pandemia y se coincide en que el ciudadano consciente tiene que protegerla de la estigmatización y de la violencia física.

El epidemiólogo en la pandemia de COVID-19 en México

En las diez notas periodísticas circuladas en Facebook, con sus 150 comentarios, distinguimos tres patrones recurrentes para significar al epidemiólogo por parte de los comentaristas:

1. El epidemiólogo es un funcionario, 28 menciones, 18.5%.
2. El epidemiólogo se vuelve viral, 45 menciones, 30%.
3. El epidemiólogo es un analista simbólico, 77 menciones, 51.5%.

Una parte de los comentaristas —22 de 150 menciones— significan al subsecretario de salud, Hugo López-Gatell, como un representante del presente gobierno cuya comunicación de los datos sobre el coronavirus no obedece a la ciencia, sino a intereses políticos particulares. Los comentaristas expresan desconfianza y hasta desprecio por su figura y sus conferencias diarias:

Comentarista 27, (19-05-2020). “Otra cosa sería el dr. Gatell *sin la mala influencia del presi amlo*. Sería honesto. *Gatell todos los días miente por instrucciones del presi amlo. Maquilla las cifras con neumonía.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 28, (20-04-2020). “No se equivoquen. No es un héroe nacional. *Es un inepto, pero en tierra de ciegos, el tuerto es el rey.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 29, (28-04-2020). “Solo es *un vocero.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 30, (20-04-2020) “Un *simple y vulgar lacayo del cacas.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 31, (20-04-2020). “Este es *un lacayo de la oms y de la onu, es un bufón*, el bufón mayor es amlo y ambos responden puntualmente intereses extranjeros.” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 32, (19-05-2020). “Y sigue este *wey, desinformando*, que afán de denostar el uso del cubrebocas, tal parece que desea el aumento de afectados.” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 33, (19-05-2020). “Jajajajaja, el *ilusionista de López obrador* a todos trae asombrados con sus trucos.” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 34, (22-04-2020). “Un *títere más del pejelagarto.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 35, (28-04-2020). “El *solo es el subsecretario*. Hay personas por encima de él.” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

En todos los comentarios anteriores se resta autoridad y se pone en duda el conocimiento del subsecretario de Salud —“wey, un vocero”—. Se le considera *inepto, títere, lacayo* o alguien que *desinforma* activamente. En la percepción de los comentaristas se focaliza al subsecretario como la voz de un presidente no deseado —“mala influencia de AMLO”, “bufón de AMLO”, “miente por instrucciones de AMLO”, títere del pejelagarto”.

En el segundo patrón de significación, “el epidemiólogo se vuelve viral”, un 30% de los comentaristas idealizan a López-Gatell como una figura de luz dentro de la oscuridad de la pandemia. Lo celebran profesándole admiración y sentimientos de cariño. El subsecretario de Salud se convierte así en una

especie de “estrella de rock”¹⁸ con características que poco o nada tienen que ver con la labor informativa de un epidemiólogo, sino que atañen a su persona o a su personalidad o simplemente se le admira sin mayor especificación de rasgos:

Comentarista 36, (22-04-2020). “El héroe que le hace falta a México”. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 37, (22-04-2020) “Es chingón.” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 38, (20-05-2020). “Sencillamente grande en momentos difíciles”. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 39, (20-05-2020). “El pueblo lo admira, el pueblo lo Ama, VIVA el Dr. Hugo López-Gatell”. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 40, (20-04-2020). “Wooooooooooooowwwww!!”. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

El subsecretario es descrito con rasgos focalizados que esperaríamos más bien encontrar en notas sobre artistas del mundo del cine o la música. Muchas comentaristas incluso se declaran enamoradas del doctor y expresan su plena confianza en él:

Comentarista 41, (28-04-2020). “Dr. Guapell, cuando esto de Coronavirus termine *nos vamos por unos taquitos*”. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 42, (28-04-2020). “Wow, que intelecto. *Me enamora*”. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 43, (22-04-2020). “*Me encanta [...] lo veo todos los días.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 44, (20-04-2020). “*Yo lo amo...su inteligencia, sabiduria..gracias a dios que es mexicano*”. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 45, (23-04-2020). “*Si. Es muy guapo, inteligente, agradable*”. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

18. Ver: “Wissenschaftler in Coronazeiten. Der Epidemiologe als Popstar” [Científicos en tiempos de corona. El epidemiólogo como estrella de rock], nota publicada en el periódico alemán digital *Die Tageszeitung*. Disponible en: <<https://cutt.ly/VweQDzx>> (última consulta: 23 de mayo de 2020).

Comentarista 46, (20-04-2020). *“Yo también recontraconfío en ese gran científico”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 47, (20-04-2020). *“Yo también confío en él y muy agradecida”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Se confirman las caracterizaciones de López-Gatell como un personaje público de estrellato en varios comentarios que declaran que la conferencia de medios diaria sobre el coronavirus en México se ha convertido en una especie de telenovela:

Comentarista 48, (20-04-2020). *“Y el show continua en ‘la pandemia’, 3era temporada”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 49, (20-04-2020). *“Para todo esto, ya se convirtió en telenovela”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

La consecuencia de la constante presencia en las conferencias de medios se traslada a los medios sociales y el epidemiólogo se vuelve viral como lo comentan algunos usuarios:

Comentarista 50, (07-05-2020). *“Pinche Gatell ya tiene.mas.fans que Luismi cuando pase esto que.saque.un.disco.jajaja”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 51, (07-05-2020). *“NO HAY COMPETENCIA..EL DR. GATELL PERSONA QUE SE HA GANADO EL CARIÑO DEL PUEBLO.”* [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

En un tercer patrón, en más de la mitad de los comentarios —77 de 150 menciones— se identifica al subsecretario de Salud como un “analista simbólico”: en primer lugar, se focaliza su profesionalismo en las conferencias diarias de medios:

Comentarista 52, (07-05-2020). *“NADIE EN EL MUNDO HA ADMINISTRADO LA PANDEMIA COMO ESTA GRAN EMINENCIA QUE ES DR HUGO LÓPEZ-GATELL”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 53, (20-04-2020). *“Realmente es un honor tener un gran profesional como el Dr. López-Gatell”*. [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 54, (19-05-2020). “Apoyo total para el Doctor Lopez Gatell” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 55, (22-04-2020). “Mis respetos. *Profesionistas así son los que necesita un país.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 56, (22-04-2020). “*Muy culto, refinado y profesional.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Los comentaristas también se enorgullecen de que *su* epidemiólogo sea un científico reconocido y respetado, que tenga una gran capacidad de comunicar de manera clara con el público: los comentaristas destacan su sencillez en los temas complicados de la pandemia —“es como recibir una clase diaria de sus conocimientos”—. De esta manera, todos coinciden en que López-Gatell es el ideal del analista simbólico —“una persona preparada con buen idelecto, un lenguaje distinguido, explícito, que siempre habla con propiedad, elocuente, dominio en la materia, buen orador, bien informado, perspicaz, objetivo, dialéctico y más atributos al hablar”:

Comentarista 57, (22-04-2020). “De acuerdo con Google Academics, Hugo López Gatell, por su investigación científica, *tiene 6,474 citas; un índice H de 17; de 14 desde 2015.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 58, (25-04-2020). “*Felicidades a este señor por estar al tanto de informar a la población para combatir esta Pandemia.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 59, (20-04-2020). “Me alegra que *hable de estadística inferencial de una manera no técnica.* Ojalá muchos capten el mensaje, y hagan caso a las recomendaciones.” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 60, (20-05-2020). “Para mi, *es como recibir una clase diaria de sus conocimientos. Es de admirar su paciencia, sabiduría y sobre todo la tolerancia* para contestar con gran atino las preguntas que se le hacen.” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Comentarista 61, (20-04-2020). “Excelente explicación, *mis papás adultos mayores, le entienden perfectamente* el Doctor Hugo López-Gatell es *una persona preparada con buen idelecto, un lenguaje distinguido, explícito, que siempre habla con propiedad, elocuente, dominio en la materia, buen orador, bien informado, perspicaz, objetivo, dialéctico y más atributos al hablar.*” [Comentario en Facebook. Énfasis propio].

Discusión

El análisis de los comentarios sobre la enfermera nos muestra que los comentaristas la perciben como alguien sin agentividad. Esto afirma su estatus subordinado en el sistema de los trabajadores de salud que tematizamos al inicio: si bien en las notas periodísticas se mencionan enfermeras con nombre, siguen siendo un grupo anónimo de personas, poco visible, si no fuera por las violencias cometidas en su contra. Las enfermeras son consideradas víctimas genéricas dentro de la crisis sanitaria y esto se conceptualiza en los comentarios que las defienden con rasgos focalizados de *apoyo* y *respeto*: “¿qué nos pasa? Falta de solidaridad y gratitud”. Esta percepción se refleja, además, en la vasta mayoría de comentarios en contra de los agresores de los ataques posicionándolos dentro del marco conceptual de *país tercermundista e ignorante*. Los comentaristas se distancian claramente de dichos agresores indeseados —“pura gente ignorante”— y llaman a los mexicanos *buenos* a defender a las enfermeras —“Méxicanos no seamos ignorantes!”.

Los pocos comentarios que plantean una reflexión abierta respecto a la posibilidad de que las enfermeras transmitan el virus en sus trayectos desde y hacia el hospital, las posicionan como poco profesionales —“Llegan con su uniforme y creen que es correcto salir con él para llegar a sus casas...”— y formulan acusaciones indirectas en forma de consejos bien intencionados —“No deberían salir con su uniforme hospitalario...”.

Constatamos que la mayoría de los comentaristas rechaza la violencia contra las enfermeras y las ven como víctimas de una sociedad ignorante, de un *México bárbaro* al que le falta todavía alcanzar los niveles educativos que se tienen en otros países. El consenso es que el problema de fondo de los ataques son la *falta de educación* y la *ignorancia* de algunos sectores de la población mexicana.

Por otro lado, y contrario a la enfermera, el epidemiólogo es percibido como un actor agente y fuerte dentro de la pandemia. Él tiene nombre y apellido y una hipervisibilidad: el doctor López-Gatell se convierte en *la cara emblemática* del COVID-19 en México.

Estos procesos de popularización del epidemiólogo-en-jefe coinciden con lo que se puede observar en otros países: las conferencias diarias de medios sobre el coronavirus se convierten en una cita fija con el “explicador” para entender y significar el devenir de la pandemia. El científico *nerd* es resignificado como alguien deseable y admirable por sus conocimientos y su capacidad de informar a la sociedad. Así lo comprueban los datos de nuestra muestra: el 51.5% de los comentaristas destacan la capacidad de comunicación y los conocimientos especializados del doctor López-Gatell. En la construcción discursiva-simbólica, él reúne mayoritariamente rasgos focalizados positivos —desde *profesional* hasta *distinguido*, *paciente* y *sabio*—, pero también es percibido como alguien con gran agentividad que inspira confianza —“yo le tengo plena confianza”—. Con ello, López-Gatell representa el ideal de un analista simbólico porque no solamente logra explicar los símbolos clave de esta pandemia, como el distanciamiento social o el uso del cubrebocas, también porque tiene la necesaria y suficiente pericia para ser un

intermediario estratégico entre los datos científicos, las medidas gubernamentales y la sociedad mexicana. El periódico alemán *Die Tageszeitung* lo confirma en su artículo sobre *científicos en tiempos de corona*:¹⁹ “Su presencia [la de López-Gatell] prudente, amable y elocuente generó [en los mexicanos] una confianza en las autoridades que ni el jefe de estado supo lograr”.

Si ahora los resultados del análisis se integran al continuo conceptual salud- enfermedad-muerte, podemos ver la forma en que los comentaristas de Facebook posicionan a la enfermera y el epidemiólogo en la pandemia por SARS-CoV-2.

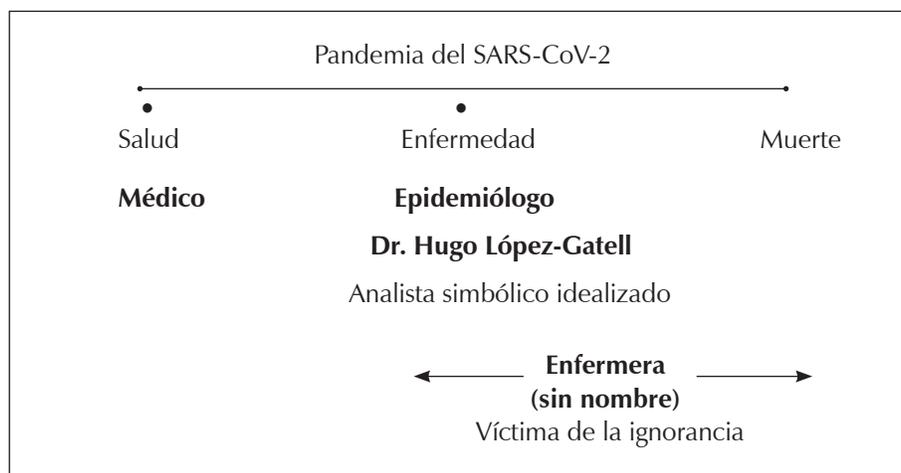


Gráfico 3. Continuo conceptual salud-enfermedad-muerte de la pandemia por SARS-CoV-2 y el perfil de la enfermera y el epidemiólogo. **Fuente:** elaboración propia, junio de 2020.

El epidemiólogo está posicionado en la enfermedad aunque dominándola simbólicamente. Él tiene nombre y apellido y se convierte en la autoridad idealizada y visible que ofrece una comunicación experta y clara sobre el devenir del coronavirus. La enfermera, por el contrario, transita constantemente entre la enfermedad y la muerte, y si bien es heroizada en muchos discursos oficiales, los datos de la muestra de Facebook no reflejan eso: en el continuo conceptual de los trabajadores de salud en la pandemia por SARS-CoV-2, es la trabajadora víctima sin nombre que padece violencia por sectores de la población que la estigmatizan de portadora de la enfermedad y mensajera de la muerte.

Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo, analizamos y discutimos cómo se significan ciertos actores del sector salud en México dentro de una emergencia sanitaria. Con referencia en los comentarios que forman el corpus,

19. Texto original en alemán: “Sein besonnenes, freundliches und eloquentes Auftreten schufen ein Vertrauen in die Behörden, das der Staatschef bis heute nicht vermitteln kann”, (traducción propia). Tomado del artículo “Wissenschaftler in Coronazeiten. Der Epidemiologe als Popstar” [Científicos en tiempos de corona. El epidemiólogo como estrella de rock]. Disponible en: <<https://cutt.ly/VWeQDzx>>, (última consulta: 23 de mayo de 2020).

notamos cómo se proyectan narrativas e imágenes arcaicas universales hacia la enfermera y al epidemiólogo: la enfermera es frecuentemente estigmatizada y se manifiesta en ataques hacia ella, pero también en los comentarios llenos de reproches velados. Contrario a esto, el epidemiólogo adquiere en los comentarios analizados un estatus de culto y se convierte en un analista simbólico venerado.

Lo cierto es que estas percepciones y construcciones simbólicas son poco duraderas pues su utilidad explicatoria está sujeta al marco temporal y conceptual de la pandemia misma. En los países en los que ya se logró el control del coronavirus, pocos dejaron de celebrar y aplaudir a las enfermeras, y vuelven a ser invisibilizada en su estatus de trabajadoras técnicas del sector salud tan pronto como las cifras de infectados y hospitalizados bajan.

En el caso del epidemiólogo también vale la pena mirar a los países que superaron el pico de la pandemia. Ahí, los epidemiólogos fueron los actores más visibles y prominentes al inicio de la crisis, pero ahora muchos de los anteriormente aclamados analistas simbólicos son criticados y cuestionados, como pasó en México. Para el caso del SARS-CoV-2 en México, se puede observar cómo el *espectáculo* de las conferencias de salud diarias se vuelve una rutina tediosa y la “estrella de rock”, López-Gatell, parece ya no brillar tanto como antes.

Las conceptualizaciones que nos orientaron sufren un proceso de normalización. En tanto avanza la pandemia y entendemos más sobre el coronavirus y sus efectos, y disponemos de herramientas cada vez más eficaces para combatirlo, los modelos míticos con arquetipos arcaicos para describir a los actores centrales del primer minuto se vuelven obsoletos. El discurso colectivo se mueve hacia otros temas, sobre todo aquellos que tematizan el regreso a una “nueva normalidad” cotidiana y en la que el cubrebocas, la sana distancia y el gel desinfectante forman parte inseparable de nuestras rutinas diarias.

Bibliografía

- Adhanom Ghebreyesus, Tedros (abril, 2020). “#ThanksHealthHeroes”. *World Health Organization*. Recuperado de: <<https://www.who.int/news-room/campaigns/world-health-day/world-health-day-2020>>.
- Bamberg, Michael (1997). “Positioning between structure and performance”. *Journal of Narrative and Life History*, 7(1-4), pp. 335-342.
- Barragán, Almudena y Darinka Rodríguez (15-04-2020). “Me gritaron ‘traes el COVID’ y ‘me escupieron’, las enfermeras en México sufren ataques por miedo al contagio”. *Verne-El País*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Ymrj0DR>>.
- Bennett, Brian y Tessa Berenson (19-03-2020). “‘Our Big War’. As Coronavirus Spreads, Trump Refashions Himself as a Wartime President”. *Time Magazine*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/JmrssZC>>.
- Campbell, Joseph (1949). *The Hero with a Thousand Faces*. Princeton: Princeton University Press.
- Carrasco Magallanes, Héctor y Daniel Mota Barrera (13-03-2020). “COVID-19 desde las trincheras: perspectivas de los profesionales de la salud en México”. *Forbes México*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/rmrs2Sa>>.

- Davies, Bronwyn y Rom Harré (1990). "Positioning: The Discursive Production of Selves". *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), pp. 43-63.
- Deutsche Welle (17-03-2020). "Franceses en confinamiento casi total". *Deutsche Welle*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/NmraTfX>>.
- Fauconnier, Gilles y Mark Turner (2002). *The Way We Think: Conceptual Blending and the Mind's Hidden Complexities*. New York: Basic Books.
- Foreman, Martin, Paulo Lyra y Cecilia Breinbauer (2003). *Comprensión y respuestas al estigma y la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*. Organización Panamericana de Salud. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Mmrh8P8>>.
- Graue Wiechers, Enrique (21-04-2021). "Son un ejército de héroes y heroínas anónimos". *Boletín UNAM-DGCS-359*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/zmrfcAx>>.
- Husserl, Edmund (1950). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie* (Husserliana III). Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Jung, Carl Gustav (2002). *Obra completa de Carl Gustav Jung* (vol. 9/1). *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo*. Madrid: Editorial Trotta.
- Koselleck, Reinhart (2012). *Historias de conceptos. Estudios sobre semántica y pragmática del lenguaje político y social*. Madrid: Trotta.
- Landeros, Emma (10-05-2021). "Los héroes del ejército blanco: médicos mexicanos luchan contra el COVID-19". *Newsweek en español*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/FWeySZW>>.
- Organización de las Naciones Unidas (1948). "Declaración Universal de los Derechos Humanos". *Naciones Unidas*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/rWeqlu7>>.
- Pfleger, Sabine (2015). *Frontera, mujeres y hombres oscuros. La construcción narrativa-mediática del feminicidio en Ciudad Juárez*. Vigo: Editorial Academia del Hispanismo.
- Pfleger, Sabine (coord.) (2018). *Lenguaje y construcción de la identidad: una mirada desde diferentes ámbitos*. México: ENALLT-UNAM.
- _____ et al. (2020). "La percepción del chilango y la construcción de una identidad social de aliedad: un estudio de comentarios a noticias satíricas en Facebook". *Signos Lingüísticos*, xvi(31), pp. 44-75.
- _____, Joachim Steffen y Martina Steffen (coords.) (2012). *Alteridad y aliedad. La construcción de la identidad con el otro y frente al otro*. México: Servicio Alemán de Intercambio Académico / CELE-UNAM.
- _____ y Betsy Fabiola Castillo Ríos (2018). "¿Chingados o chingones? Un estudio de caso sobre la construcción de estereotipos de 'mexicanidad' en Facebook". En Zuzana Erdösová (coord.). *La imagen estereotipada de México. Perspectivas internas y externas* (pp. 59-91). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Pinker, Steven (2007). *The Stuff of Thought: Language as a Window into Human Nature*. New York: Viking.
- Propp, Vladimir (1928 [1971]). *Morfología del cuento*. Madrid: Fundamentos.
- Reckwitz, Andreas (2019). *Das Ende der Illusionen*. Berlín: Suhrkamp.
- Reich, Robert (1991 [1993]). *El trabajo de las naciones: hacia el capitalismo del siglo XXI*, Madrid: Javier Vergara.

Schütz, Alfred (1981). *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. Konstanz: Suhrkamp.

taz (23-05-2020). "Wissenschaftler in Coronazeiten. Der Epidemiologe als Popstar". *Die Tageszeitung*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/VWeQDzx>>

Universidad Anáhuac (2020). "Aplausos a los médicos que enfrentan al COVID-19. Anáhuac México". Universidad Anáhuac. Recuperado de: <<https://cutt.ly/vmrg4h9>>.

Referencias electrónicas

Ambrosio, Gustavo y Sergio Palacios (10-04-2020). "Las agresiones a médicos y enfermeras por coronavirus no se detienen". *Milenio Televisión* [Video]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/8mtgmUY>>.

Agencia El Universal (22-04-2020). "Revista modifica la portada dedicada a Hugo López-Gatell: el hombre del momento". *Publimetro*. Recuperado de: <<https://www.publimetro.com.mx/mx/coronavirus-covid-19/2020/04/22/revista-modifica-portada-dedicada-a-hugo-lopez-gatell.html>>.

Carmona, Stephania (23-04-2020). "'Lo admiro mucho': un niño de 9 años nos habla sobre su dibujo de Hugo López-Gatell contra el coronavirus". *Sopitas.com*. Recuperado de: <<https://www.sopitas.com/mientras-tanto/historia-leon-gutierrez-nino-dibujo-hugo-lopez-gatell-contra-coronavirus-malinalco-estado-mexico/>>.

Cruz, Martínez Ángelez (24-04-2020). "El pico de la epidemia durará 3 semanas: Hugo López-Gatell". *La Jornada*. Recuperado de: <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/04/24/lopez-gatell-el-pico-de-la-epidemia-durara-3-semanas-9654.html>>.

Flores Morales, Rogelio (5-04-2020). "Miedo, ansiedad, frustración, aburrimiento: Efectos colaterales de la pandemia de COVID-19". *Proceso*. Recuperado de: <<https://www.proceso.com.mx/reportajes/2020/4/4/miedo-ansiedad-frustracion-aburrimiento-efectos-colaterales-de-la-pandemia-240884.html>>.

Gándara, Romina (01-04-2020). "Las enfermeras, heroínas ante el COVID-19 y que arriesgan hasta a los suyos, son blanco de ataques". *Sin embargo*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/GmtdL23>>.

Grupo Reforma (02-04-2020). "López-Gatell, ¿el nuevo seductor?". *Reforma*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/4mrlokj>>.

Indigo, Staff (21-04-2020). "Detienen a pareja que escupió y les culpó de transmitirles COVID-19 a enfermera de la CDMX". *Reporte Indigo*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Nmtkua8>>.

Indigo, Staff (30-04-2020). "Hombre ataca a enfermera con una piedra en Michoacán". *Reporte Indigo*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/kmtk4NV>>.

Indigo, Staff (19-05-2020). "Presentan amparo para que López-Gatell deje de dar conferencias". *Reporte Indigo*. Recuperado de: <<https://www.reporteindigo.com/reportes/presentan-amparo-para-que-lopez-gatell-deje-de-dar-conferencias/>>.

La Silla Rota (28-04-2020). "Desalojan a enfermero de su departamento por miedo al COVID-19". *Publimetro*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/1mtkCdi>>.

Navarro, Jazmín (21-05-2020). "López-Gatell recibe bordado de artista mexicana; posa en foto para agradecerle". *SDP Noticias*. Recuperado de: <<https://www.sdpnoticias.com/sorprendente/hugo-lopez-gatell-responde-bordado-artista-reina-urena-foto-instagram.html>>.

Ocampo Arista, Sergio (12-05-2020). "Agreden a enfermero bañándolo en cloro en Tlapa de Comonfort, Guerrero". *La Jornada*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Mmtzax3>>.

OEM-Infomex (22-04-2020). "Detienen a dos mujeres por intentar agredir a una enfermera en Querétaro". *Julio Astillero*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/2mtkEfj>>.

Pacheco, Eric (22-04-2020). "Detienen a dos mujeres por agredir a enfermera en Querétaro". *Proceso*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/7mtjscd>>.

Pavón, Alexis (22-04-2020). "Jefa de enfermería del IMSS llora en plena conferencia por agresiones contra personal médico". *SDP Noticias* [Video]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/JmtjLwK>>.

Proceso (06-05-2020). "Si no fuera paramédica, me quedaría en casa" [Video]. YouTube. Recuperado de: <<https://cutt.ly/dmtl6ea>>.

Poy Solano, Laura (30-04-2020). "En México se han multiplicado ataques contra personal de salud: experto". *La Jornada*. Recuperado de: <jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/04/30/en-mexico-se-han-multiplicado-ataques-contra-personal-de-salud-experto-5072.html>.

Publimetro (20-05-2020). "¿Por qué tan guapo? Le pregunta reportera a López-Gatell". *Publimetro*. Recuperado de: <<https://www.publimetro.com.mx/mx/noticias/2020/05/20/pregunta-reportera-hugo-lopez-gatell.html>>.

Redacción (25-04-2020). "Artista dibuja a López-Gatell y sueña con su autógrafo". *Noticias ZMG*. Recuperado de: <<https://noticiaszmg.com/zmg30657.htm>>.

Redacción (28-04-2020). "López-Gatell es el nuevo héroe nacional! ¿Ya tienes tu sticker de WhatsApp de Gatell?". *Sin línea MX*. Recuperado de: <www.sinlineamx.com>.

Redacción (7-05-2020). "Hacen tendencia #YoConfíoEnGatell para defender al funcionario". *Noticias ZMG*. Recuperado de: <<https://noticiaszmg.com/zmg31425.htm>>.

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).¹ 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).²

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 (Figueroa, 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 vacuna³ 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.⁴

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”⁵ 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

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Municipio de residencia</i>	<i>Estado civil y número de hijos</i>
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 Arrijoja	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.⁶

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.⁷

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>>.

“Quédate en casa”: un análisis de la experiencia del confinamiento en casa entre estudiantes de nivel superior en San Luis Potosí, México

José Guadalupe Rivera González*

La estrategia del confinamiento preventivo en casa, implementada en diversos países como una alternativa para contener el avance de contagios de COVID-19, provocó que millones de personas en el mundo hicieran de su hogar no sólo su lugar de resguardo, sino también el espacio para estudiar, trabajar, divertirse y entretenerse. En este contexto, el objetivo de este trabajo es recuperar las experiencias de setenta jóvenes estudiantes de nivel superior que vivieron esos días de encierro y conocer la forma en que hicieron frente a esta nueva experiencia de vida.

COVID-19: días de muerte, temor e incertidumbre

Mientras escribo estas líneas, un 23 de mayo de 2020, las cifras de contagios y muertes por COVID-19 a nivel mundial, nacional y local son: número global de contagiados confirmados en el mundo,¹ 5 309 698; número de defunciones mundiales confirmadas, 342 078; número de contagiados confirmados en México,² 65 856; número de defunciones confirmadas en México, 7 179; número de casos confirmados en San Luis Potosí,³ 640; número de defunciones confirmadas en San Luis Potosí, 26.

* Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (joserivera@uaslp.mx).

1. Información de la página *COVID-19: Dashboard* de la Johns Hopkins University (datos correspondientes al 23 de mayo de 2020), disponible en: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>.

2. Información de la página oficial *COVID-19 México* del Gobierno de México (datos correspondientes al 23 de mayo de 2020), disponible en: <<https://coronavirus.gob.mx/datos/>>.

3. Información de la página oficial *COVID-19 México* del Gobierno de México (datos correspondientes al 23 de mayo de 2020), disponible en: <<https://coronavirus.gob.mx/datos/>>.

COVID-19: una pandemia global⁴

Las primeras noticias sobre COVID-19, como se denominó al nuevo coronavirus que tuvo su origen en Wuhan, provincia de Hubei, China, surgieron a mediados del mes de diciembre de 2019.

En ese entonces se registró un brote infeccioso de tipo respiratorio que causaba neumonía, enfermedad provocada por un agente desconocido para los médicos y científicos chinos. Fue hasta el 7 de enero de 2020 cuando, después de arduas investigaciones, fue posible identificar el agente causal de aquel brote: el nuevo coronavirus, se supo entonces, pertenece a la familia de los betacoronavirus, a la cual también pertenecen los virus que ocasiona el Síndrome Respiratorio Agudo (SARS), el Síndrome Respiratorio de Medio Oriente y cuatro coronavirus más, todos vinculados a la gripe común.

Una característica que distinguió al nuevo virus fue su capacidad de rápida expansión al resto de mundo: para mediados de enero había llegado a Japón, Corea del Sur y Tailandia. El rápido incremento en el número de contagios provocó que el 23 de enero, en la ciudad de Wuhan, se iniciara una drástica cuarentena con la intención de frenarlo. Sin embargo, para el 31 de enero los casos positivos de COVID-19 estaban presentes en países europeos como Francia, Italia y Alemania, pero también se reportaban los primeros casos en América, en países como Estados Unidos y Canadá: para el mes de febrero había más de tres mil contagios por día en China. Ante esto aquel país tuvo que poner en marcha una estricta política de confinamiento social, con la intención de detener los contagios (Cedillo-Barrón, 2020).

La llegada del COVID-19 a México

El primer caso de COVID-19 en México fue reportado el 28 de febrero de 2020 y difundido por la prensa. El primer contagiado fue un varón de 35 años quien, días antes, había estado en el norte de Italia. Para el 19 de marzo, la Secretaría de Salud daba a conocer que en el país ya había una primera víctima fatal fallecida por COVID-19 que no había salido del país y cuyo contagio, se cree, tuvo lugar durante su asistencia a un concierto en el Palacio de los Deportes que se llevó a cabo el 3 de marzo.⁵

Pocos días después de que el virus llegó a México, comenzó a transmitirse y el número de contagios poco a poco se incrementó: en un primer momento, los contagios estuvieron asociados a viajeros que regresaban de sus vacaciones en países donde el número de contagios se había incrementado (principalmente en Italia y en Estados Unidos). Para evitar que un mayor número de personas fueran expuestas a un posible contagio de COVID-19, las autoridades federales del sector salud y educativo tomaron la decisión de adelantar el periodo vacacional de Semana Santa con la indicación de que las vacaciones iniciarían el 20 de marzo y se extenderían hasta el 20 de abril de 2020. Sin

4. Según la Organización Mundial de la Salud, una pandemia es la propagación de una enfermedad nueva a escala mundial. Disponible en: <<https://www.who.int>> (última consulta: 20 de mayo 2020).

5. Ver: <<https://cutt.ly/LRxb1OI>> (última consulta: 11 de mayo de 2020).

embargo, ante el avance de contagios y de muertes que se registraban en México y en países como China, España, Italia y Estados Unidos, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) y otras instituciones de educación superior del país optaron por la suspensión de clases a partir del 17 de marzo y no del 20, como originalmente se había informado.

No sólo los estudiantes de la UASLP fueron notificados de la suspensión de las actividades escolares pues la instrucción se extendió a otras instituciones educativas de todos los niveles: de un día para otro, más de 25 millones de estudiantes de preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado, además de miles de maestros, personal administrativo y autoridades, tuvieron que modificar sus rutinas e iniciar el resguardo en sus casas. También comenzaron a limitarse las salidas y el contacto en el espacio público.

Días después, el 23 de marzo de 2020, el Gobierno Federal inició la Jornada Nacional de Sana Distancia con la frase, oficialmente difundida y reiterada durante el confinamiento, “Quédate en casa”. Nunca, como en últimas fechas, quedarse en casa se volvió tan importante: cuidar la salud, cuidar la vida dependería de quedarse en casa. Las calles, las avenidas, las escuelas, los centros comerciales, los aeropuertos, las playas, las fábricas, los antros, los gimnasios, todo poco a poco se detuvo: los abrazos, los besos, los saludos, la comida compartida, viajar en transporte público, todo se transformó en fuente de contagio, de peligro, de angustia y de rechazo.

En este contexto, los escenarios de ciudades semivacías, de millones de personas resguardadas en sus casas, comenzaron a hacerse cotidianos aunque en México, millones siguieron saliendo a trabajar por necesidad. También están aquellos quienes no creían en el poder mortal del COVID-19 y pensaron que todo era una invención.

Por disposiciones de las autoridades del sector salud se cerraron escuelas, cines, teatros, antros, lugares a los que la población acude tradicionalmente a divertirse: cerraron muchos restaurantes y los que se mantuvieron abiertos sólo preparaban alimentos para llevar. También se cancelaron todas las actividades deportivas a nivel profesional y *amateur*, lo cual implicó la suspensión de todas las competencias nacionales e internacionales.

El encierro ha implicado que las familias se resguarden en casa con el objetivo de evitar el contagio e incrementar el número de enfermos que requerirían atención médica especializada. Debido a la forma en la que COVID-19 se trasmite —a través las gotas de saliva que se expulsan al toser y estornudar—, la población está expuesta a que el virus se introduzca a su organismo por los ojos, la nariz y la boca. Por ello, el aislamiento en casa ha representado una alternativa para gran cantidad de gobiernos en los países que han experimentado niveles elevados de contagios por COVID-19.

A mayor número de personas en las calles, en escuelas, fábricas, supermercados, transporte público, cines, teatros y parques públicos, aumentan las posibilidades de un contagio. Un mayor número de contagios provocaría el colapso del sistema de salud público y privado en un periodo corto de tiempo, y dejaría a la deriva, en peligro de muerte, a un importante sector de la población contagiada. En territorio nacional, la pandemia ha tenido hasta el momento un comportamiento muy crítico para am-

plios sectores de la población: en diferentes momentos, los sistemas hospitalarios de varias entidades han llegado al tope de sus límites de atención y la escasez de medicamentos y de otros insumos médicos para atender a la población contagiada ha estado manifiesta. El escenario ha dado pie a tres olas de contagios y muertes desde marzo del 2020 al momento actual (agosto de 2021).

Es importante señalar que la disminución de la movilidad es una práctica muy antigua implementada para contener el esparcimiento de enfermedades infecciosas: en el Antiguo Testamento, por ejemplo, se menciona el confinamiento de leprosos y de otros enfermos. En la Europa feudal también se confinaba a los enfermos y a sus familias y se les custodiaba para que nadie saliera de sus hogares. Incluso algunas personas enfermas corrían el riesgo de ser asesinadas por sus vecinos, presas del miedo de ser contagiadas (Ledermann, 2003).

“Quédate en casa”: la pandemia del encierro

Ante este escenario, me planteé como objetivo generar la elaboración de un cuestionario para circularlo por medio del correo electrónico entre un reducido número de estudiantes de diferentes facultades de la UASLP. Con base en sus respuestas, intento conocer y documentar cómo transitaron el encierro y cómo éste es generador de nuevas dinámicas de vida y de comportamiento derivadas de la suspensión de actividades escolares presenciales y de la suspensión gradual de actividades laborales para los padres y madres de los estudiantes.⁶

El cuestionario se organizó considerando los siguientes rubros.

- Datos generales del estudiante.
- Actividades escolares de los estudiantes durante el confinamiento.
- Actividades laborales de los estudiantes durante el confinamiento.
- Actividades de comunicación-interacción-diversión de los estudiantes durante el confinamiento.
- Opinión de los estudiantes sobre las autoridades gubernamentales y su respuesta ante la contingencia sanitaria por COVID-19.
- La UASLP y sus acciones para prevenir e informar sobre COVID-19 a sus estudiantes.
- Los jóvenes y el confinamiento en el hogar.

Una vez que se circuló el cuestionario entre un primer grupo de estudiantes de la Licenciatura de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, utilizando el correo electrónico y Facebook, comenzó a replicarse: este primer grupo lo circuló entre otros compañeros de la facultad y de otras facultades de la misma universidad. Por ello, se recuperaron un total de 76 cuestionarios, de los cuales sólo 70 fueron respondidos en su totalidad.

6. Según la UNESCO, más de 861.7 millones de niños y jóvenes en 119 países se han visto afectados al tener que hacer frente a la pandemia global que nos ha sacudido durante el año 2020. Disponible en: <<https://cutt.ly/IRz9UaW>> (última consulta: 25 de mayo de 2020).

El cuestionario fue contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020: aquellos que respondieron a partir del 4 de abril, ya llevaban 19 días de confinamiento en casa, mientras los últimos en contestar ya habían pasado 40 días de confinamiento en su hogar. Para este trabajo, sólo recupero la información que se refiere a cómo los jóvenes hicieron frente al confinamiento en sus hogares.

Perfil de los estudiantes que respondieron el cuestionario

Sexo de los estudiantes

Hombres	15	21.5%
Mujeres	55	78.5%
Total	70	100%

Tabla 1. Identificación de participantes por sexo. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

La totalidad de jóvenes que respondieron el cuestionario manifestaron ser estudiantes de nivel superior y están cursando diferentes semestres de sus respectivas carreras que estudian son las siguientes.

Licenciatura que cursan los estudiantes

<i>Licenciatura</i>	<i>Número de estudiantes que respondieron el cuestionario</i>
Antropología	32
Geografía	15
Lengua y Literatura	12
Estomatología	8
Psicología	3
Total	70

Tabla 2. Identificación de participantes por licenciatura. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

Lugar de residencia de los estudiantes al momento de contestar el cuestionario

<i>Lugar de residencia</i>	<i>Número de alumnos (%)</i>
Ciudad de San Luis Potosí	53 (75.7%)
Soledad de Graciano Sánchez, SLP	5 (7.5 %)
Matehuala, SLP	2 (2.8%)

<i>Lugar de residencia</i>	<i>Número de alumnos (%)</i>
Charcas, SLP	1 (1.4%)
Villa de Arista, SLP	1 (1.4%)
Ciudad Valles, SLP	1 (1.4%)
Santa María del Río, SLP	1 (1.4%)
Cedral, SLP	1 (1.4%)
Mexquitic de Carmona, SLP	1 (1.4%)
Ríoverde, SLP	1 (1.4%)
Huehuetlan, SLP	1 (1.4%)
Guanajuato	1 (1.4%)
Oaxaca	1 (1.4%)
Total	70 (100%)

Tabla 3. Identificación de participantes por residencia. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

Edad de los estudiantes

<i>Edad</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>
17 años	2	2.8%
18 años	14	20.2%
19 años	19	27.0%
20 años	17	24.0%
21 años	5	7.1%
22 años	4	5.8%
23 años	4	5.8%
24 años	4	5.8%
26 años	1	1.5%
Total	70	100%

Tabla 4. Identificación de participantes por edad. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

Los jóvenes, el COVID-19 y la cuarentena en el hogar

Ésta fue la parte más amplia de preguntas contenidas en el cuestionario y me interesaba recuperar la información en diferentes frentes.

El primer cuestionamiento planteado fue: “¿Has sentido miedo ante la crisis derivada por el COVID-19 durante el periodo que llevamos de cuarentena?”. Las respuestas se dividieron de la siguiente forma:

<i>Respuesta</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>
Sí	38	54.2%
No	32	45.8%
Total	70	100%

Tabla 5. Presencia de miedo por COVID-19 entre participantes. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

Las respuestas de los jóvenes evidencian que el miedo no sólo lo genera el virus y sus efectos de contagio y muerte: el incremento en los precios de los artículos de consumo y la pérdida de empleo derivada de la pandemia —en México en abril de 2020, se perdieron 555 247 empleos⁷ por la contingencia provocada por COVID-19— son algunas otras causantes de miedo que se suman, por ejemplo, al hecho de que en las familias hay algunos miembros que no creen en lo que está sucediendo con el virus y continúan saliendo de casa sin tomar precauciones, lo que perturbaba a quienes sí se resguardan. El incremento en los contagios y número de muertos que el virus ha generado en México y el mundo, así como la presencia en el hogar de familiares que son de alto riesgo, la desinformación que alimenta el pánico entre la población antes de tiempo, el hecho de que haya gente que no acaten las normas y las recomendaciones de prevención, son algunos otros escenarios que alimentan el miedo entre los jóvenes.

La incertidumbre y la preocupación por lo que sucederá con las clases de la universidad, no saber cuándo y cómo será el regreso a las aulas y no tener certeza sobre cómo se van a calificar los cursos, son factores que se suman a los antes mencionados. A ellos también puede agregarse el hecho de que algunos miembros de las familias de los jóvenes participantes necesitan salir a trabajar, por lo que están expuestos al posible contagio de un virus que avanza muy rápido en el organismo y crece exponencialmente. El miedo lo generó no saber cuándo acabará el encierro, pensar que alguien en casa pueda perder el empleo que, a su vez, detonen carencias en la familia: negocios familiares la pasan mal y es

7. CEPAL (2020), “El desafío social en tiempos del COVID-19. Informe especial. No. 3”. Disponible en: <<https://cutt.ly/vm04sBB>> (última consulta: 12 de mayo de 2020).

probable que cierren sus puertas. El miedo lo generó la descomposición que se observa en el entorno socioeconómico inmediato para la vida cotidiana de los jóvenes y de sus familiares cercanos.

No saber cuándo terminará la cuarentena y no tener certeza de cómo será lo que vendrá una vez que ocurra; la irresponsabilidad de muchos ciudadanos que se comportan como si estuvieran de vacaciones, son algunos de los generadores de miedo más citados por los jóvenes participantes: “Sí, sí tengo miedo porque la gente no ha tomado las medidas necesarias y la cuarentena se podría acabar hasta el otro año”, ha respondido uno de los participantes.

Las compras de pánico, la escasez de productos y el hecho de que crezca la posibilidad de que la gente joven pueda morir de COVID-19, también genera miedo. Hay jóvenes que son de otros municipios y durante el confinamiento tuvieron la necesidad de regresar a vivir a sus lugares de origen (ver tabla tres). Ese regreso a la capital también les generó miedo igual que lo hace el hecho de estar encerrados todo el día en casa, pensar que cerrarán negocios y que en vacaciones muchos jóvenes no tendrán la oportunidad de trabajar para generarse ellos mismo un ingreso económico; saber, además, que todavía no hay una vacuna para enfrentar el virus, genera miedo igual que creer o pensar que el virus ya habita a los jóvenes y les fomenta la permanente toma de su temperatura.⁸ En algunos casos, los jóvenes viven con personas que no les gusta o se les dificulta estar encerradas, por lo que no saben resguardarse en casa y al salir quedan expuestos a un posible contagio, lo cual genera miedo entre aquellos que se quedan en casa.

“Durante el periodo que llevamos de cuarentena, ¿te sentiste estresado por el encierro o por las circunstancias derivadas del COVID-19?”, fue otra pregunta que se incorporó en el cuestionario y las respuestas obtenidas fueron las siguientes (tabla 6).

Entre las causas o razones que los jóvenes señalaron como estimulantes de estrés se encuentran vivir días tan calurosos en encierro y no desarrollar las rutinas que cotidianamente se hacían. De un día para otro, se pasó de estar largos periodos del día fuera de casa a pasar todo el día dentro de ella, en confinamiento, experimentando la cancelación de diversos proyectos escolares y otras actividades que ya se tenían contempladas en el semestre como prácticas de campo, principalmente. Las actividades escolares se trasladaron al interior de la casa, lo que deriva en una convivencia compleja pues lo común era que la casa se ocupara en ciertos horarios. Sin embargo, la casa se transformó en el espacio de todos y desde donde se hacía también de todo.

El encierro puso al límite la convivencia de la familia. Por sus nuevas circunstancias, la gente ajustó sus rutinas y creó dinámicas, aunque el hecho de que al interior del hogar interactuaran

8. A partir del 24 de diciembre del 2020, se inició en México el proceso de vacunación, lo cual permitió que inicialmente fuera el personal médico el que estuviera protegido del virus, posteriormente se inició la vacunación de los adultos mayores. En estos momentos (agosto de 2021) en varias entidades del país se lleva a cabo la vacunación de jóvenes de 18 años y más. El proceso ocurre a más de un año de que se suspendieron las clases presenciales en todos los niveles educativos a nivel nacional. La campaña de vacunación en México se realiza con la aplicación de las siguientes vacunas: Pfizer-BioNTech, Cansino, COVAX, AstraZeneca, Sputnik-V y Sinovac. Disponible en: <<https://cutt.ly/ZRxiYd0>> (última consulta: 10 de agosto de 2021).

únicamente miembros de la familia, no quiere decir que dichas relaciones estuvieran ausentes de conflictos o problemas.

<i>Respuesta</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>
Sí	58	82.8%
No	9	12.8%
No contestó	3	4.4%
Total	70	100%

Tabla 6. Identificación de estrés entre los participantes. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

A los jóvenes les ha costado pasar largas semana de su vida encerrados al interior de su casa pues usualmente pasaban largos periodos del día conviviendo personalmente con amigos, conocidos, familiares, con sus parejas, profesores y vecinos. Esa convivencia se daba en la escuela, en los parques, en los cines, en espacios al aire libre. Sin embargo, es importante destacar que el hecho de estar dentro de casa no significó que los jóvenes estuvieran aislados; realmente nunca lo han estado ya que han permanecido comunicados por medio de las redes digitales.

Las respuestas de quienes participaron respondiendo el cuestionario también dejan ver el estrés generado por pasar varias horas al día frente a la computadora mientras se genera la creencia de que no se aprende mucho en la nueva modalidad de clases en línea. Sin duda, este aspecto está generando el interés de los investigadores para analizar el surgimiento de prácticas pedagógicas de carácter emergente y el impacto del aprendizaje cuando los jóvenes tuvieron que trasladarlo de las aulas, los laboratorios y el trabajo de campo, a las salas, recámaras y comedores de su casa, o tuvieron que trasladar estas prácticas de aprendizaje a sus espacios de trabajo fuera de casa. Poco a poco, instituciones como la UNAM y el Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, han ido generando bibliografía que da cuenta de varios sucesos derivados de la pandemia.

La interacción entre los jóvenes y sus familiares durante largos periodos de tiempo ha generado también cargas de estrés y tensión. Hubo quienes, aún en la contingencia, siguieron trabajando y esto también contribuyó a que se sintieran estresados por salir, por la falta de clientes en sus lugares de trabajo y porque, en algunos casos, los sitios en los que laboraban tuvieron la necesidad de cerrar, lo cual les impedía obtener un ingreso monetario, un ingreso que para muchos estudiantes resultaba fundamental en su vida cotidiana. La incertidumbre de no saber qué pasará con el semestre escolar, si se cancelará o no, si se reprobarán algunas o todas las materias, se suma a la dificultad de aprender a la distancia, una actividad que también les genera estrés.

Por otro lado, los jóvenes que expresaron no sentirse estresados por las circunstancias generadas por el COVID-19 y el encierro, señalaron que esto se debía a que no extrañaban salir a la calle, es

decir, también hubo jóvenes que disfrutaron estar largos periodos en casa y la situación no les resultaba nueva pues, antes del confinamiento, pasaban mucho tiempo en casa, además de que han encontrado rutinas que les han permitido no sentirse estresados.

Una pregunta que también se incorporó al cuestionario fue: “Durante el periodo que llevamos de cuarentena, ¿sentiste ansiedad por el encierro o por las circunstancias derivadas del COVID-19?”. Las respuestas fueron las siguientes.

<i>Respuesta</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>
Sí	37	52.8%
No	27	38.5%
No contestó	6	8.7%
Total	70	100%

Tabla 7. Identificación de ansiedad entre los participantes. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

El efecto del encierro y la imposibilidad de la convivencia física con amigos, compañeros de escuela, parientes, parejas, así como lo difícil que resulta la convivencia de tiempo completo con otros miembros de la familia en casa —un sitio en el cual, desde hace varias semanas, se hace de todo—, se encuentran entre las principales causas que generan estados de ansiedad entre los jóvenes.

La ansiedad se manifiesta por miedo al contagio, porque hay que salir a trabajar, por pasar mucho tiempo encerrado y por la falta de motivación para hacer tareas y conectarse a las clases en línea implementadas por la universidad. Ansiedad por la alteración de rutinas, de horarios; ansiedad por el riesgo de contagio cuando salen a comprar alimentos, por el ruido al que hay que acostumbrarse en un hogar lleno de personas; ansiedad por el insomnio que ha llegado a la vida de muchos jóvenes, por no poder estar físicamente con las personas que quieren; ansiedad por el gran número de noticias falsas que se generan, por no entender ciertos temas de las lecturas asignadas en las clases y por el carente acompañamiento escolar de algunos de sus profesores. Ansiedad por la crisis emocional generada por tres o más semanas de encierro, porque hay que seguir entregando tareas en fechas y porque cuando lo hagan, ya no tendrán cosas que hacer o cosas en las que puedan ocuparse. Ansiedad por no saber cómo están otros compañeros y otros amigos, por los efectos que tendrá la crisis económica que se avecina, porque aún no existe una vacuna y, en caso de que exista, no saber si todas las personas tendrán acceso a ella⁹. Ansiedad por no saber cuándo “regresará a la normalidad” y cómo será la “nueva normalidad”.

9. En agosto del 2021, inició la vacunación del sector de la población de 18 años y más en el estado de San Luis Potosí, así como en otras entidades del territorio nacional. En dicho sector se encuentra gran parte de la población estudiantil universitaria del país y de la entidad, y se espera que lo anterior sea un paso importante en la prevención de contagios entre este rango etario de la población y que ello también sirva para tener las condiciones de un regreso a las clases presenciales en un periodo corto de tiempo.

“¿Cómo describirías la experiencia de la cuarentena en tu hogar?” fue otra de las preguntas que respondieron los participantes.

Como se ha mencionado en distintos momentos de este trabajo, a partir de que se decretó la contingencia sanitaria, millones de personas en el mundo tuvieron que trasladar sus actividades a sus hogares. El confinamiento fue la principal medida para “controlar” el incremento en los contagios e intentar evitar la saturación de los hospitales disponibles para atender a los enfermos graves contagiados de COVID-19. Hay que señalar que la permanencia de miembros de la familia y de todas las personas que habitaban un mismo espacio durante una larga convivencia entre sí, a través de la rutina cotidiana, produjo constantes altibajos anímicos y cambios de humor entre las personas.

Durante las semanas previas a responder el cuestionario, los jóvenes describieron su vida como monótona, aburrida, calurosa, estresante, desesperada, tensa, rutinaria, repetitiva, desesperante, deprimente, tediosa y conflictiva. Pero también hubo casos en los cuales el encierro permitió una oportunidad para aprender nuevas cosas, descansar, reflexionar, disfrutar de la compañía de la familia —para desayunar, comer y cenar juntos—, lo que muy pocas veces podían hacer en tiempos normales. En algunos casos, el encierro ha permitido recobrar o generar una convivencia familiar a la que pocas veces se puede tener cuando todos sus miembros estudian o trabajan: los días de encierro se han aprovechado para conocer a los demás miembros de la familia, para divertirse y bromear aunque, sin duda, también han resultado experiencias conflictivas y difíciles para algunos jóvenes.

El coronavirus reunió a las familias en sus casas, las encerró en el mismo hogar durante varias semanas: “Es como si afuera hubiera un asesino, afuera de la casa, y su presencia [la del virus] genera mucho miedo e incertidumbre”, describió un estudiante. En este contexto, la convivencia se ha tornado muy compleja y ha demandado que todos aprendamos nuevas formas de aprender, de convivir, de estudiar y de trabajar: muchos jóvenes fueron redescubiertos por sus padres y viceversa.

“¿Qué fue lo más difícil de sobrellevar durante esta experiencia de encierro?”, se preguntó en el cuestionario y no está de más mencionar que el encierro ha significado que la cotidianeidad se interrumpa intempestivamente.

Contener la propagación de contagios ha implicado la cancelación del contacto físico de los jóvenes con muchas personas: quedarse en casa sin poder salir les impidió tener clases presenciales, dejar de asistir al cine y a muchos eventos que son importantes para ellos, así como el incremento en la temperatura ambiente, el hecho de que se aumentaran las labores de limpieza en el hogar ha generado conflicto y estrés al interior de los hogares. Sin embargo, también el contacto constante de las familias generó situaciones de pérdida de privacidad. Implicó que se acostumbraran a nuevas dinámicas, a nuevos ritmos en los que “nos volvimos o tuvimos que volver más sedentarios”, como señaló un joven. Intentar estudiar y hacer actividades escolares en las casas habitadas por varias personas, representó un verdadero reto para muchos estudiantes.

La familia de los jóvenes y su comportamiento durante la cuarentena

Se les formuló la siguiente pregunta a los estudiantes: “¿Cómo describes el comportamiento de tu familia durante el periodo de la cuarentena en el contexto de la crisis del COVID-19?” Las respuestas generales fueron las siguientes: estresados; hartos de la situación; moderados; inapropiados; tranquilos; responsables; regular; un poco preocupados; estresados y aburridos; nerviosos; cumpliendo las recomendaciones; y muy amenos.

Como se puede observar, el contexto familiar en el que ha trascendido la cuarentena de los jóvenes ha sido heterogéneo. En todos los hogares se han tomado precauciones por mantener la casa limpia: se desinfectan espacios, la ropa y los objetos, aunque también es un hecho, el encierro es una situación que no a todos agrada. Que todos o la mayor parte de los miembros de la familia convivan permanentemente, ha sido una nueva forma de vivir y de interactuar que altera las anteriores reglas de convivencia: al inicio de la cuarentena, la desinformación o sobre información existente causó tensión y miedo, pero poco a poco las familias intentaron ajustarse a la nueva realidad.

Otra pregunta que se formuló a los estudiantes fue: “Al interior de tu casa ¿qué precauciones fueron tomadas por ti y por tu familia ante la contingencia por COVID-19?”. Lavado constante de manos, desinfectar objetos y superficies, salir lo menos posible, limpiar-desinfectar lo que se compra, bañarse diario, limpiar el calzado cuando se salía de casa, mantener la distancia dentro del hogar, cambiarse la ropa si es que se sale a la calle —en algunas familias se procuró que sólo una persona saliera a la calle—, no recibir visitas de personas ajenas, fueron algunas de las medidas adoptadas referidas por los participantes. Sin embargo, los jóvenes también señalaron que algunos miembros de su familia siguieron saliendo a la calle a pesar de que no había necesidad de hacerlo.

Ante la pregunta “Durante el periodo de cuarentena ¿consultaste algún tipo de publicación en donde se informara del COVID-19?”, los participantes respondieron de la siguiente forma.

<i>Respuesta</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>
Sí	63	90%
No	7	10%
Total	70	100%

Tabla 8. Caracterización de participantes respecto a su consulta de publicaciones para informarse sobre COVID-19. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

Cuando los estudiantes respondieron la pregunta “¿Cómo te has mantenido informado sobre el COVID-19?”, fue recurrente la referencia a las consultas de información gubernamental, de información que circula en redes sociales, de periódicos, de noticiarios transmitidos por televisión, videos de You-

Tube, artículos sobre información de otras pandemias en la historia de la humanidad, Instagram y la consulta de infografías.

A esas prácticas pueden sumarse el consumo de series y películas en plataformas como Netflix,¹⁰ dos actividades preferidas por los jóvenes y sus familiares que fue posible identificar a partir de sus respuestas a la pregunta: “¿Qué dinámicas se desarrollaron por ti y por los demás miembros de tu familia para pasar largos periodos de tiempo juntos?”. Jugar con juegos de mesa, hacer ejercicio y practicar yoga también fueron actividades frecuentes.

Debido al confinamiento, la limpieza de la casa fue una actividad constante en este tiempo y para llevarla a cabo, las familias tuvieron que dividir las actividades buscando que todos participaran en algo. Sólo once de los jóvenes que respondieron la encuesta refirieron que en sus familias no desarrollaron o pusieron en marcha nuevas dinámicas, ya que se ha optado porque cada miembro haga lo que desee sin involucrarse con lo que hace el resto de la familia.

Cuarentena, convivencia y conflictos al interior de la familia

Se formuló la siguiente pregunta a los jóvenes: “¿Durante la cuarentena se desarrolló o vivió algún tipo de conflicto entre los miembros de la familia en el que tú estuvieras involucrado?”. Las respuestas fueron las siguientes.

Respuesta	Núm.	%
Sí	54	77%
No	16	23%
Total	70	100%

Tabla 9. Estudiantes involucrados en un conflicto familiar. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

Cuando respondieron a la pregunta “¿Qué fue lo que causó los conflictos al interior de los hogares?”, los participantes refirieron que la necesidad o el interés que manifestaron algunos miembros de su familia por salir a la calle fue una de las causas principales. A ella se suma la limpieza del hogar, el hecho de que algunos familiares no crean en la existencia del virus y piensen que todo es un invento del gobierno, también ha confrontado a la familia en ocasiones. Aquellas personas incrédulas del virus siguen viendo como si no pasara nada y esto se hizo presente en el testimonio de un joven que tuvo problemas

10. Es importante destacar el papel de Netflix como una plataforma de *streaming* que ofrece a las familias distintas opciones de programación para el entretenimiento, ya que se tiene en casa y lo que se vaya a ver está disponible las 24 horas del día.

con su mamá porque ella seguía saliendo a la calle y recibiendo visitas. El hecho de que los jóvenes no participen en las actividades de limpieza del hogar también ha sido el motivo para generar conflictos: compartir computadoras o dispositivos de entretenimiento igual ha provocado malestar y frecuentes discusiones. No estar acostumbrados a las manías o al carácter que tienen algunos miembros de la familia con los que ahora se tiene que compartir la casa durante largos periodos de tiempo, también ha causado conflictos. Por eso también se les preguntó si “¿Durante el periodo de cuarentena llevaste algún tipo de registro escrito sobre lo que estaba pasando en tu entorno familiar o lo que estaba ocurriendo en el resto del país y del mundo?”, y las respuestas a esta pregunta fueron las siguientes.

<i>Respuesta</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>
Sí	14	20%
No	56	80%
Total	70	100%

Tabla 10. Estudiantes que llevaron un diario de la pandemia. **Fuente:** elaboración propia a partir del cuestionario contestado entre el 4 y el 25 de abril de 2020.

Al planteamiento “Durante el periodo de encierro de la cuarentena por COVID-19 ¿qué situación consideras que ha sido la más difícil que has experimentado de manera individual y familiar?”, se identificó que son muchos los escenarios que los jóvenes han experimentado como resultado de la cuarentena. El encierro por unos cuantos días se veía bien, parecían vacaciones cortas pero a medida que los días, las semanas y los meses han pasado, el aparente disfrute se transformó en una convivencia con muchos matices. El confinamiento colocó a toda o a parte de la familia en casa, lo que implicó que se generaran desencuentros por temas o por formas en las se resuelven los quehaceres domésticos.

En los casos en los que algún integrante de la familia trabaja en el sector salud, también ha generado incertidumbre y preocupación en el entorno familiar: muchos miembros de la familia en casa, en espacios pequeños, también complejiza el cumplimiento de las tareas y de las actividades escolares pues, en gran medida, imposibilita la concentración; hacer la tarea se ejecuta de manera paralela con otras muchas actividades.

La convivencia familiar ha hecho que afloren discusiones entre los miembros de la familia por no encontrar puntos de acuerdo respecto a temas diversos como la limpieza de la casa y a las responsabilidades de cada uno en las nuevas circunstancias que se viven. La cancelación de la titulación, de las salidas a trabajo de campo, viajes y la asistencia a conciertos ha sido un golpe aní-

mico muy duro para los jóvenes. El aislamiento causado por el encierro ha generado, entre otras cosas, el ajuste de sus responsabilidades y de la noción del tiempo: se duerme y se come en horarios diferentes, por ejemplo.

La migración hacia las clases virtuales implicó que estudiantes y profesores adoptaran y aprendieran técnicas de interacción-comunicación y de enseñanza-aprendizaje de manera intempestiva, al tiempo que se crearon nuevas formas de dar clase. Esto significó un reto para los profesores y para los estudiantes pues, bajo estas nuevas circunstancias, fue necesario contar con un dispositivo móvil o una computadora, tener instalada una aplicación y acceso a la red. También se requería disposición de los profesores para realizar las clases en esta modalidad puesto que, como lo comentaron los estudiantes en otro bloque del cuestionario, hubo docentes que solamente se limitaron a enviar instrucciones generales y las fechas en las que tenían que presentar los resultados de sus lecturas o de los proyectos que se les encargaban. Sin embargo, algunos jóvenes carecían de dispositivos tecnológicos y de acceso a una conexión de internet de tiempo completo: muchos de ellos no han tenido la oportunidad de acceder a las clases en línea. También hubo profesores que se vieron imposibilitados para tener un contacto en línea o a través de videollamadas debido a que no contaban con los insumos tecnológicos necesarios.

Un factor que se suma a las narrativas de quienes respondieron la encuesta es la tensión creada por la atención que requieren algunos familiares quienes, por su estado de salud o por su edad, son vulnerables al contagio. Los efectos económicos de la pandemia también abonan a la tensión familiar en el sentido de que, si algún miembro de la familia se queda sin trabajo, impactará de forma negativa en las condiciones de vida del resto de familiares.

Comentarios de salida

Es una realidad que todo tendrá que ser visto y analizado como el antes y el después del COVID-19, el virus que detuvo la vida educativa, laboral, cultural, deportiva y de entretenimiento, para luego volcar una buena parte de estas actividades al hogar. COVID-19 no sólo genera contagios y muerte, también ha ocasionado que la humanidad recurra a la experiencia del distanciamiento social provocando que millones de personas en el mundo se resguardaran en sus casas para contener el avance de los contagios.

El confinamiento también generó que sectores de la vida económica se paralizaran, lo cual ha provocado una pérdida de millones de empleos: un informe reciente de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) pronosticó una caída de al menos 5.3% del PIB de las economías de la región y al menos un incremento del desempleo de 3.4%. Por lo tanto, en el 2020 la pobreza en Latinoamérica aumentará al menos un 4.4%, en relación con el año anterior, y la pobreza extrema se

vería incrementada en un 2.6%, lo que representa un total de 83.4 millones de personas afectadas por la paralización del comercio y de los servicios.¹¹

El organismo económico ha destacado cuatro conclusiones acerca del impacto de la pandemia en la economía y en las condiciones de vida de la población:

- La pobreza y la pobreza extrema aumentarían en todos los países.
- Los mayores aumentos de la pobreza extrema se darían en México, Nicaragua y Ecuador.
- La pobreza en general aumentará especialmente en Argentina, México, Ecuador y Brasil.
- Se resalta la vulnerabilidad de las tres mayores economías de la región (CEPAL, 2020).

Estas semanas y meses de confinamiento han sido de temor, miedo, dudas e incertidumbre para la mayoría de los estudiantes que contestaron el cuestionario. Ese permanente estado no sólo ha sido generado por el impacto del coronavirus en la salud, también hay que considerar el impacto e íntima relación del confinamiento con el desempleo, con la convivencia cotidiana en un hogar lleno de personas durante largas jornadas, con el estrés y la ansiedad que han causado las clases a la distancia.

Muchos de los estudiantes que respondieron la encuesta expresaron que se aprende poco o nada bajo esta modalidad, gracias a que muchos profesores no se preocuparon por dar seguimiento a los cursos en línea. También parece que el regreso a la “nueva normalidad” es un momento de muchas dudas e incertidumbre para los jóvenes, quizá por ello quedarse en casa se tradujo en experimentar una nueva forma de convivencia entre padres y madres de familia, hijos y otros parientes que ya convivían con esas familias. En algunos casos llegaron nuevos familiares, como los abuelos quienes, al ser personas en condición de vulnerabilidad por la pandemia, fueron trasladados a la casa de algún hijo o hija. Entonces, de un día para otro, miles de hogares fueron ocupados todo el día durante varias semanas y largos meses.

Salir de la casa ponía en peligro de contagio a quienes salían pero también a los que se quedaban en casa. Para muchos jóvenes acostumbrados a salir y pasar largas jornadas fuera de su hogar, la experiencia de quedarse en casa durante muchos días les generó estrés, ansiedad, depresión, miedo, angustia, incertidumbre, aburrimiento, aislamiento, fatiga. Experiencias de esta naturaleza han sido documentadas en otros países del mundo, en particular en España, en donde también la experiencia del confinamiento se hizo presente como la manera más efectiva de contener el avance de los contagios.¹²

11. En fechas recientes, el Coneval publicó los resultados de la medición de la pobreza y de la pobreza extrema entre la población mexicana en el periodo de 2018-2020. En ambos casos se reportaron incrementos: se pasó del 41.9% al 43.9% para el indicador de pobreza y del 7.0% al 8.5% en el indicador de pobreza extrema. Esto, seguramente, es uno de los muchos efectos de la pandemia, que provocó no sólo contagios y muertes, sino que millones de personas vieran reducidas sus capacidades económicas. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/PublishingImages/Pobreza_2020/Pobreza_2018-2020.jpg> (última consulta: 10 de agosto de 2021).

12. Ver: “El impacto de la crisis del COVID-19 en la adolescencia en España. Análisis de situación, respuesta y recomendaciones”, disponible en: <<https://cutt.ly/xRxWzhhb>>.

En días pasados se publicó una nota en la que se informaba que, derivado de la *Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana de niñas, niños y adolescentes*, aplicada por Unicef Argentina, el 50.5% de los jóvenes del país de entre 13 y 17 años afirmó estar deprimido, angustiado o asustado por la pandemia de coronavirus COVID-19. Además, el 44% piensa que ellos o sus familias se van a contagiar.¹³

Los jóvenes que participaron en la investigación destacaron el papel y la importancia de contar con computadoras y celulares con crédito o plan, que les posibilitara contar con el servicio de internet, pues fue clave para que sobrevivieran al encierro. Contar con estos dispositivos y acceso a la red permitió que los jóvenes y otros miembros de la familia se mantuvieran en contacto con el exterior y que muchos de ellos intentaran mantener los cursos escolares a la distancia.

Los jóvenes destacaron, como uno de sus verdaderos problemas de estar en casa, la facilidad con la que perdían el interés en la clase o lo difícil que les resultaba concentrarse y lo complicado de pasar muchas horas en la computadora oyendo a sus profesores: solamente hablar por medio de las pantallas de sus computadoras o de sus celulares.

Sin duda, las respuestas de los jóvenes encuestados muestran los impactos generados por el confinamiento en la forma en la que estudian, aprenden, trabajan, consumen e interactúan con el resto de sus amigos, parejas, compañeros de escuela, profesores y familiares.

El trasladar el proceso de aprendizaje que normalmente se desarrollaba en los campus universitarios, las aulas, las bibliotecas, los laboratorios, las prácticas de campo al espacio de sus hogares, dejará o generará impactos importantes en su formación, en sus proyectos personales y profesionales. Recordemos que la universidad es clave para ellos no sólo por lo que ahí se aprende, sino por la convivencia que construyen cotidianamente los jóvenes entre sí en estos espacios. Las aulas y los demás espacios son para ellos lugares privilegiados ya que es ahí donde se reencuentran con otros jóvenes semejantes a ellos. En la universidad aprenden temas de sus respectivas carreras pero también construyen relaciones sentimentales, se vinculan o relacionan políticamente con otros jóvenes o con otros colectivos, ahí mismo se divierten y organizan fiestas fuera del campus en las que, usualmente, consumen alcohol y otras drogas legales o ilegales. En este sentido, habría que pensar en el impacto emocional que el confinamiento tendrá para estos jóvenes ante la imposibilidad de saber cuándo llegará a su término.

Por último, quiero destacar el papel de las tecnologías pues no sólo han permitido que los jóvenes puedan conectarse a una amplia gama de plataformas para seguir con sus clases. Algunos estudiantes echaron mano de la telefonía celular, las computadoras, las tabletas y las consolas de videojuego, las redes sociales y de todo un arsenal de plataformas y aplicaciones para entretenerse, divertirse, informarse e interactuar con sus amigos, sus compañeros de escuela, sus parejas, sus familiares y

13. Ver: "Encuesta de percepción y actitudes de la población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Informe sectorial: educación". Disponible en: <<https://cutt.ly/ORxRwDE>> .

también fueron herramientas clave para poder consumir productos y servicios. Internet, las redes sociales, los teléfonos celulares, las plataformas de información y entretenimiento han jugado un papel clave en la pandemia. Si bien ya lo eran antes de la contingencia sanitaria, durante la experiencia de encierro se volvieron en un recurso de primera necesidad: las clases están en formato virtual; los amigos, los compañeros, los familiares ahí están pero, como ellos lo señalaron, la virtualidad no suple a la convivencia real y tampoco a las clases en vivo. La virtualidad tampoco les permite llegar a los sitios en donde deseaban y tenían que hacer sus prácticas de campo, sus actividades de movilidad, sus prácticas profesionales, su servicio social. De manera irremediable, el confinamiento seguirá impactando en la vida de los estudiantes y, por supuesto, entre los universitarios de la UASLP, así como en la de millones de personas alrededor del mundo.

A más de un año de haberse iniciado el confinamiento para los estudiantes de todos los niveles en todo el territorio nacional, se empiezan a documentar las experiencias de jóvenes en contextos de un confinamiento que aún no llega a su fin. Las universidades, y en particular la UASLP, deberán poner en el centro de la reflexión no sólo el desempeño académico de sus estudiantes durante este largo periodo de confinamiento, también será clave el seguimiento y el apoyo que les brinde a los mismos estudiantes sobre su salud mental y emocional. El confinamiento ha sido una experiencia que ha venido a trastocar sus rutinas de socialización y aprendizaje y, en algunos casos, este mismo aprendizaje ha sido calificado como muy por debajo de lo que se hubiera alcanzado en el formato presencial. En lo anterior han sido clave las condiciones del escaso seguimiento académico de algunos docentes por la poca familiaridad de éstos con las plataformas virtuales; por otro lado, lo complicado que ha sido para los estudiantes tener que hacer de la casa el espacio en donde se estudia, se hacen tareas, se descansa, se preparan alimentos y se hacen tareas domésticas.

Los datos aquí presentados y los que otros investigadores vayan sumando con el paso de los próximos meses y años, ayudarán a entender y atender los efectos que ha dejado la pandemia en el rubro de la enseñanza y el aprendizaje de los jóvenes universitarios en el país. Con base en la información que generen estas investigaciones, se podrán tener elementos para poder reconstruir el tejido social y educativo que se ha visto alterado por los diferentes efectos de la otra pandemia: la pandemia del confinamiento.

El regreso a las aulas deberá de estar acompañado no sólo de los protocolos para resguardar la salud de estudiantes, docentes y administrativos, será necesaria también una intensa capacitación del personal docente para acompañar al estudiante en su regreso a sus dinámicas de estudio y de trabajo, ayudando a recuperar aquello que no se aprendió o atendió en las clases virtuales. También se deberá de acompañarlo en superar los aspectos emocionales que habrán dejado huella en su salud mental durante estos largos meses de confinamiento: no cabe duda que el reto será mayúsculo para todos.

Bibliografía

- Cedillo-Barrón, Leticia et al. (2020). "COVID-19. La enfermedad viral que se diseminó en el mundo". *Avance y Perspectiva*, 5(4). Recuperado de: <<https://cutt.ly/ZmMwtDL>>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). "El desafío social en tiempos del COVID-19" [Informe especial COVID-19 núm. 3]. Repositorio digital CEPAL. Recuperado de: <<https://cutt.ly/vm04sBB>>.
- Ledermann, Walter (2003). "El hombre y sus epidemias a través de la historia". *Revista Chilena de Infectología*, 20 [edición de aniversario], pp.13-17. Recuperado de: <<https://cutt.ly/9mMx1zd>>.
- Unicef (5-05-20). "Encuesta de percepción y actitudes de la población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Informe sectorial: educación". Recuperado de: <<https://cutt.ly/ORxRwDE>>.
- Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación (2020). *Educación y pandemia. Una visión académica*. Ciudad de México: UNAM.

Referencias electrónicas

- Confederación de Adolescencia y de Juventud en Iberoamérica y el Caribe (9-05-20). "El impacto de la crisis del COVID-19 en la adolescencia en España". *Codajic*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/xRxWzhhb>>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). "Pobreza 2018-2020". *Coneval*. Recuperado de: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/PublishingImages/Pobreza_2020/Pobreza_2018-2020.jpg>.
- EFE (15-05-20). "¿Cómo llega México al pico máximo de contagios por coronavirus?". *El Universal*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/LRxb1OI>>.
- Gobierno de México (23-05-21). "Datos de contagios y fallecidos por coronavirus". *COVID-19 México*. Recuperado de: <<https://coronavirus.gob.mx/datos/>>.
- Johns Hopkins University & Medicine (2020). "COVID-19: Dashboard". Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Recuperado de: <<https://coronavirus.jhu.edu>>.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2020). "Interrupción y respuesta educativa". Recuperado de: <<https://cutt.ly/IRz9UaW>>.
- Organización Mundial de la Salud (2020). "Qué es una pandemia". Recuperado de: <<https://www.who.int>>.
- Secretaría de Salud (10-08-21). "Información de la vacuna". Recuperado de: <<https://cutt.ly/ZRxiYd0>>.

México, 2020: la escuela, la pandemia y la continua transformación de lo normal

Alfredo Ruiz Islas*

En México, junio de 2020 es el mes en el que da inicio la “nueva normalidad” luego de hacerse presente en el territorio nacional la pandemia de COVID-19. Es el mes en el que, a pesar de la prevalencia de un entorno sanitario adverso, las autoridades federales han decidido que la vida productiva reinicie de forma gradual, de acuerdo con un semáforo creado para tal fin y que, al menos por el momento,¹ toma como base el número que se registre oficialmente de contagios y defunciones en las distintas entidades de la república, junto con la mayor o menor ocupación de camas en los hospitales y los centros de atención médica, para determinar si es posible que algún sector de la producción, además de los prioritarios, retome sus actividades o si, por el contrario, los mismos permanecen cerrados, a la espera de que mejoren las condiciones.

Más allá de sus implicaciones económicas, el proceso de reapertura exige a la población tomar en cuenta un conjunto de reglas más o menos precisas que han sido difundidas con el objetivo de normar actos en apariencia tan simples como salir a la calle, trabajar, socializar, incluso alimentarse o realizar compras. Ese conjunto de reglas es lo que define la “nueva normalidad”: un modo de existir en el que cada persona habrá de replantearse la forma en la que lleva a cabo todas y cada una de sus actividades habituales, sin importar si se trata de acciones en solitario o si, por el contrario, pertenecen a la esfera de lo común y en ellas es posible involucrar a quienes la rodean. Un tiempo sin delimitar todavía, en el cual una cantidad importante de los saberes que conforman el bagaje social de cada individuo deberá ser examinado con detenimiento. De este modo, podrá verse si requiere ser ajustado, puesto en una especie de hibernación hasta que sea sensato utilizarlo o eliminado y sustituido por uno nuevo que le permita sobrevivir hasta que se encuentre un tratamiento efectivo con-

* Universidad Iberoamericana (alfredo.ruiz01@correo.uia.mx).

1. La metodología bajo la cual se regía el semáforo epidemiológico se modificó a finales de julio de 2020 e incorporó nuevos criterios para la determinación de los colores que operarían en cada entidad federativa, así como de las implicaciones particulares de cada uno de ellos y las condiciones que se requerirían para transitar de uno a otro. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/SemaforoCOVID_Metodo.pdf>. Las condiciones se modificarían nuevamente en el mes de diciembre de 2020 cuando el propio Hugo López-Gatell afirmó que “en cuanto al color [del semáforo], es hasta cierto punto intrascendente”, lo que generaría no poco desconcierto entre el común de la población. Disponible en: <<https://t.ly/T617>>.

tra la enfermedad. O mejor aún: una vacuna que elimine la posibilidad del contagio y le permita retornar, sano y salvo a esa normalidad de la que ha sido abruptamente desprendido.²

La “nueva normalidad” inicia en junio, cuando la gente nota que el modo en el cual realizaba las tareas que le eran habituales, ya no es útil ni conveniente. Es en junio cuando debe interiorizar el conjunto de normas citadas en los párrafos anteriores para, con base en ellas, aprender nuevas formas de actuar y de pensar, nuevas formas de comportarse en el mundo, acordes a esa realidad que, luego de la acción del virus, se ha transformado. ¿O no es así?

Me atrevo a afirmar que no. Si de lo que se habla es de la acción del virus como responsable de las distintas —y numerosas— transformaciones ocurridas en el ámbito social, es preciso modificar el marco de observación y entender que eso mismo, lo nuevo, comenzó antes de lo que se ha expresado en fechas recientes.

La “nueva normalidad” no es el producto único de un enunciado que surge de las esferas del poder para tratar de recuperar aquello que la pandemia parece haber modificado, y que se irá construyendo de forma progresiva a medida que los efectos del virus disminuyan. Por el contrario, la nueva normalidad es algo múltiple. No hay una “nueva normalidad” sino muchas “nuevas normalidades”.

La normalidad aparece y desaparece, se transforma y reorganiza sus componentes una y otra vez a medida que las condiciones en las que viven las personas sufren alteraciones, a medida que las acciones habituales de cada quien, en el lugar social en el que se encuentra, deben ser modificadas para adaptarse a las circunstancias. Luego entonces, la “nueva normalidad” no será producto de la retirada del virus y la reincorporación a la vida social, más bien, es algo que las personas ya han experimentado, es algo que existe desde el instante mismo en el que se ha anunciado que hay algo allá afuera —un virus, una enfermedad, una epidemia, una pandemia— ajeno a lo que les es habitual y que, por lo tanto, trastornará irremediablemente la vida, su vida, junto con todas las esferas que la integran. ¿De qué manera? Nadie lo sabe. Sin embargo, las modificaciones son inminentes. Serán, asimismo, inevitables. Y todo indica que serán continuas.

Un ámbito en el que las modificaciones han sido relevantes, perceptibles y, por ende, objeto de mucha atención, ha sido el de la educación. A lo largo de las semanas, los espacios informativos afincados en distintos medios de comunicación —radio, televisión, redes sociales— han dado cuenta de cómo la pandemia ha hecho que todos los involucrados en el medio educativo —desde las autoridades hasta los alumnos, pasando por los docentes y los padres de familia— se enfrenten a lo que pareciera ser una serie interminable de problemas. En este contexto, examinar los avatares por los que han transitado los sujetos mencionados es, sin duda, una forma de tomar nota de las múltiples particularidades que ha involucrado el desarrollo de la pandemia en el sector concreto de la población que se dedica a la enseñanza.

2. No sobra indicar que las vacunas contra el virus SARS-CoV-2 aparecerían en el mundo hasta finales de 2020. Al no existir cuando se estableció la “nueva normalidad” en México, la percepción de las personas acerca del modo en el que habría de desarrollarse su vida cotidiana estaría permeada por la incertidumbre.

Con esto en mente es que se ha pensado el siguiente artículo, el cual se basa en los testimonios recabados en junio de 2020 entre diez docentes —cinco hombres, cinco mujeres— de nivel básico —secundaria— y medio —bachillerato—, de entre treinta y cincuenta años de edad, que residen y trabajan en distintos puntos del territorio nacional —desde ciudades de gran tamaño hasta pequeñas localidades de carácter rural—, a fin de documentar sus vivencias —sobre todo de carácter laboral, pero también personales— frente al desarrollo de la pandemia de COVID-19.³ El objetivo es demostrar que hablar de una “nueva normalidad” que habrá de instaurarse a medida que se controlen los brotes de la enfermedad y se retomen de manera paulatina las actividades que conforman la vida social del país, responde a una visión sesgada de la situación: la normalidad, de hecho, quedó fracturada desde el instante mismo en el que se anunció el advenimiento de la emergencia sanitaria. De inmediato, una “nueva normalidad”, la normalidad de la pandemia, del confinamiento, de la transformación de las rutinas y de la adopción de nuevos modos de vida, ocupó su lugar. A partir de ese momento, la población fue testigo de la aparición de una serie de normalidades sucesivas a las cuales debió adaptarse o, también, frente a las cuales mostró distintos niveles de resistencia.

De normalidad y rutinas

A lo largo de los últimos meses, el término “normalidad” se ha inmiscuido en una cantidad importante de conversaciones, justamente a raíz de la aparición y posterior dispersión por el mundo, del virus SARS-CoV-2 y de la enfermedad que provoca: COVID-19.

Cuando el número de decesos se multiplicó en distintos países, primero de Asia, posteriormente de Europa, y finalmente de América, la normalidad se convirtió en el centro de la atención de las personas en tanto aquello que ya no era y que, previsiblemente, ya no habría de ser más en la forma en la que se había estructurado hasta ese momento. De un día para otro, las actividades se paralizaron, la vida social llegó a su fin, los desplazamientos se interrumpieron, el trato con el otro, tanto el cercano como el que no lo era tanto, debió suspenderse. Lo normal, de lo que poco se suele tomar nota, desapareció en buena medida.

¿Qué es esta normalidad de la que se habla? ¿Cómo se instituye en cualquier grupo humano? Quizá sea conveniente dejar en claro, como punto de partida, que la normalidad de la que aquí se habla no guarda relación con aquella sobre la que han argumentado Canguilhem (1971) o Foucault (2001), ligada a lo mental, al comportamiento, a lo que el poder establece para, bajo determinadas condiciones, declarar al sujeto como inhábil para relacionarse con sus congéneres según lo dicta la sociedad. Tampoco se trata de la normalidad que, al ser desplegada discursivamente, tiene como fin construir el marco de referencia en el cual no entrarán todos aquellos a los que, en lo sucesivo, se asumirá como discapacitados (Rosato *et al.*, 2009).

3. Cabe anotar que todos los docentes entrevistados, salvo uno, dieron su consentimiento para que el contenido de las entrevistas fuera hecho público usando su nombre real, en el entendido de que este sólo se emplearía con fines académicos. Por su parte, el otro docente prefirió aparecer con un seudónimo al considerarlo más conveniente.

Hablar de la normalidad, en las circunstancias particulares a las que se hará referencia en las siguientes páginas, debe entenderse como sinónimo de lo cotidiano. Es decir, como lo que la gente, luego de atravesar por distintos procesos de aprendizaje, lleva a cabo de forma habitual en un entorno al que considera estable e inmutable (Estrada, 2000: 107) y cuyos frecuentes desajustes —aunque sean nimios— incorpora por medio de la adaptación, pero sobre todo de asumir que forman parte de esa normalidad que le es habitual y de enunciarlos como tales, como normales (Ruiz Islas, 2020).

La normalidad de la vida docente se desarrolla en dos planos: por una parte, en casa; por otra parte, en el aula. En una, el docente toma nota de los contenidos de los planes y programas de estudio, reflexiona en torno a los elementos que intervendrán en el ejercicio de sus labores —tipo y número de alumnos a los que habrá de dirigirse, contenidos específicos que habrá de abordar por sesión de clase, tiempo del que dispone para impartir esos contenidos, indicaciones específicas que la autoridad educativa emita en algún momento, conflictos que haya con los padres de familia, los alumnos, la comunidad o las autoridades, tanto escolares como extraescolares— y elabora un plan de trabajo.

Una de las formas que nos piden a nosotros antes de iniciar el ciclo escolar es la idea de poner un *test* de estilo de aprendizaje de los alumnos, saber cómo son: visuales, son auditivos, y otros son como que más de ser... de armar algo, de construir algo; entonces, trato de que las planeaciones tengan diferentes actividades, no solamente que sea una en específico porque, a veces, a un alumno le cuesta un poquito más de trabajo leer, o nada más se aprende las cosas escuchando; hay alumnos que no les gusta escribir. [Entrevista a María Lourdes Guzmán Cruz, 6 de junio de 2020].

En UVEG,⁴ en ese subsistema, nos piden las planeaciones diarias. Diarias. De todas las clases que damos. Entonces, por ejemplo, si yo tengo nueve clases, tengo que tener mis planeaciones diarias de las nueve clases, de las nueve horas, aunque sean virtuales, y tengo que generarlas por minutos: dos minutos, cinco minutos, diez minutos, quince minutos. [Entrevista a Claudia Lilia Nava González, 12 de junio de 2020].

El trabajo en el aula consistirá en llevar a la práctica lo planeado, de forma tal que se apegue lo más posible a lo que se ha pensado en primer término, aunque sin pasar por alto que todo el proceso involucrado en la planeación de las clases puede servir de poco a final de cuentas, porque “se tiene uno que adaptar a como vengan los niños ese día. Tú puedes traer una planeación bien bonita y tener una organización así, bien, que nunca funciona porque nunca la puedes usar”. [Entrevista a Carla María Ruiz Gordillo, 4 de junio de 2020].

La clase, el centro de la enseñanza, se desarrolla de acuerdo con la visión que el profesor tiene de sí mismo y de su función docente. Puede ser que se asuma como un transmisor de conocimiento

4. Universidad Virtual del Estado de Guanajuato.

o, por el contrario, como un mediador entre este y el alumno. De igual suerte, el estilo con el que impartas su clase dependerá de una cantidad amplia de factores, desde el gusto personal y la formación de cada quien, hasta las exigencias propias del centro escolar en el que se desempeñe.

La clase, como normalmente la hago, es una clase, digamos, cátedra-conferencia. Es lo que yo hago. [...] Yo normalmente trabajo por semana porque considero que, para trabajar por clase, de repente no te da tiempo: son cincuenta minutos. Y entonces, si yo me quedo truncado en una primera clase, puedo continuar en la segunda y cierro [en] la tercera. En una secuencia didáctica normalmente hago el inicio en una primera hora de clase, hago el desarrollo en una segunda y hago el cierre o evaluación en una tercera hora de clase. Es como normalmente trabajo. Pero sí, mi tendencia es más a lo discursivo: yo llego y explico. Y hablo. Y uso el pizarrón digamos que para apuntar algunos conceptos o algunas cuestiones que necesito, pero no soy de los que llegan y “a ver”, mientras todos se callan, les lleno el pizarrón, “cópíenle”. No. No hago eso. [Entrevista a Alejandro Zavaleta Chávez, 4 de junio de 2020].

El inicio siempre es como presentar, ya sea el tema, o abrir el diálogo, de alguna manera en la que el alumno, en el alumno surja la curiosidad. [...] Pasamos al desarrollo, que vendría siendo una actividad que, en su mayoría, no tenga que ver con estar sentado. Entonces, yo he empezado a trabajar con juegos de mesa; por ejemplo, un Jenga con algunas piezas marcadas. Y ellos están jugando pero ¡aguas!, que si te sale una marca en una de las piezas que tienes, pues te tocará una pregunta, o te tocará opinar sobre el cuadro que tenemos que llenar en el pizarrón. Uso también el Maratón, que tú lo habrás jugado, y para avanzar tienes que contestar. Ahora mismo acabo de comprar un Pictionary que como que se pinta en el aire, ¿no? Entonces, la cosa es “bueno, ya pasamos el tema de dioses de las civilizaciones; bueno, lo que sigue ahora es un juego por equipos donde esta persona pasa, intenta dibujar y tiene que adivinar su equipo qué es lo que está representando”. De esa manera es como nosotros nos acercamos al tema. No tanto como ir sobre el pizarrón y lo que sea, eso vendría siendo lo último. La parte de enseñanza, de la actividad, es a través de un juego para que el alumno se motive y no lo vea como “bueno, vamos a empezar a copiar”. Sí, hay temas que sí debo ir directo al pizarrón porque, a veces, la actividad, lo que va a hacer, es diluir tanto el tema que se va a perder la importancia o los datos que yo quiero enseñar. [Entrevista a Jairo David Chi Miss, 7 de junio de 2020].

Una parte importante de la rutina reside en la relación que se crea entre el profesor y sus alumnos, la cual está condicionada por distintas variables que comprenden la personalidad del docente, el contexto en el que se ubique la institución educativa y, claro está, la asignatura de la que se trate.

En una escuela, con el grupo de primero [de secundaria] creo que la llevo bastante bien. De hecho, son muy buenos niños los que estudian ahí, con todo y que es una zona difícil, pero son buenos niños en primero. En segundo, también; incluso, dentro de los temas, o sea, sí, nos da tiempo para cotorrear un poco

y hay control de grupo, no se están parando, no están hablando, no están interrumpiendo. En general, muy buena la relación. [...] En la pública, en general, creo que mi relación es buena, pero en la pública, para tener una buena relación con los alumnos, hay que ser, desde el principio, bastante tajante con las reglas, bastante serio, explicarles “aquí esto se hace de esa manera” y punto. Y, a la primera, marcarle el límite a los alumnos. Yo, afortunadamente, con mis cinco grupos que tengo en la pública, la llevo muy bien. Digo, uno no es monedita de oro, ¿verdad? Uno sabe que a alguno que otro alumno no le puede caer bien. Digo, están en su derecho, ¿no? Porque, a lo mejor, lo que les cae mal es la materia [Historia] y no yo. [Entrevista a Carlos S. —seudónimo—, 5 de junio de 2020].

Acaban de criticarme, comentarios de padres [de familia], por el tipo de relación que tengo con mis alumnos, porque dicen que soy un profesor muy conservador. Yo no soy del tipo de profesor que quiere ser su amigo. Lo reconozco, no es mi personalidad. Entonces, mientras muchos de sus profesores intentan una relación de saludarse, de llegar y saludar y abrazar y tocar, yo pinto una distancia (que es algo que a mis alumnos les sorprendió mucho desde el principio), pero también es muy respetuoso. O sea, yo sí soy de llegar y “buenos días, jóvenes; buenos días, señoritas”. Para todo siempre es la relación “señorita, su apellido” y eso es algo que como que no les cuadra. Pero, bueno, ya se acostumbraron. Yo creo que he intentado siempre comunicarme adecuadamente con ellos; sí tengo un acercamiento porque la verdad es que, afortunadamente, he tenido la experiencia de que se acercan y me cuentan experiencias que no tienen que ver con la escuela, sino más bien con su entorno personal. Y, siempre que he podido, o los oriento, o les digo que acudan a dirección si es un problema que tiene que ver con la escuela directamente. Entonces, creo que ha habido una buena relación, pese a que yo he puesto esa barrera física de no acercamiento. [Entrevista a Juan Andrés Esteva Salazar, 6 de junio de 2020].

La cotidianidad de la enseñanza se hallaba establecida con cierta claridad en todos sus aspectos. Los agentes involucrados —profesores, alumnos, padres de familia, autoridades educativas— conocen con alguna precisión los elementos que intervienen en el proceso educativo y entienden que éste es un asunto amplio, que comprende desde la planeación de cada clase hasta su impartición efectiva; desde la selección de los materiales didácticos que habrán de permitir la circulación de los conocimientos hasta la evaluación de lo aprendido, sin perder de vista que en cada una de las fases inciden variables situadas más allá de lo puramente académico.

En general, yo siempre me presento como un profesor con un índice de reprobación bajo y un índice de deserción bajo. Sin embargo, también es cierto que, pues no sé, yo creo que también la misma dinámica de que solamente he trabajado en escuelas privadas, pues, de alguna manera te obliga a, de repente, jugar para la casa, ¿no? A lo mejor ser un poquito más laxo. Hay veces que sí siento que, como yo soy un profesor que sí pide muchos ensayos, ¿no?, muchos ensayos escritos, sí llego a notar cierta mejoría del primero al último. Pero también es cierto que un trimestre, un cuatrimestre, es insuficiente como para

realmente ver un avance marcado con los alumnos. Entonces, creo que sí aportó mi granito de arena, pero no creo que sea suficiente. Entonces, en este caso, académicamente, pues sí, tengo poco índice de reprobación y poca deserción, pero pues también matizándolo con este aspecto de la escuela privada. [Entrevista a Marco Enrique Sánchez López, 5 de junio de 2020].

Rumbo a la nueva normalidad

Entré en pánico porque es complicado. Primero, no sabíamos qué íbamos a hacer, cómo íbamos a tener este acercamiento con los chicos. A partir de que nos dijeron: “El lunes ya no se presentan”, casi, casi fue, por parte de la SEP, un “háganle como puedan: ustedes tienen que trabajar; ustedes tienen que seguir presentando evidencias”, pero jamás nos dieron herramientas. [Entrevista a Anabelle Gaona Alegría, 4 de junio de 2020].

La normalidad se resquebrajó desde el momento en el que los profesores percibieron que allá, en el horizonte, se vislumbraba un cambio a sus rutinas que no podrían haber previsto. Un cambio que afectaría su práctica docente de una forma que, momentáneamente, no eran capaces de mensurar. A pesar de que las noticias mostraban, con buen nivel de detalle, lo que había sucedido en otras partes del mundo, al incrementarse de forma radical los contagios de COVID-19 —aislamiento de la población, interrupción abrupta de casi toda forma de movilidad, cierre de comercios, oficinas gubernamentales, industrias y, sobre todo, desde el punto de vista que aquí interesa: escuelas—, nadie estaba preparado para lo que sobrevendría.

Aquí, quieras o no, pues debes buscar una estrategia. Te guste o no. Híjole, a veces sí dices “chin, ¿cómo le voy a hacer? Híjole”. Yo le tengo, yo le tenía mucho miedo a las computadoras, también. Y dije “pues ni modo, le voy a tener que entrar”. Me tuve que meter a los videos, a tutoriales para ver cómo manejar el Google Meet, cómo hacer las conferencias, ¿no? Entonces sí fue así de “híjole, ¿qué voy a hacer?”. [Entrevista a Karla Verónica Martínez Pineda, 5 de junio de 2020].

La reacción, obviamente, dependía del entorno. En algunos casos, el asunto tecnológico no comportó demasiadas complicaciones. Los docentes tenían un abanico amplio de herramientas a su disposición y sabían que, de su correcto manejo, dependería el adecuado desarrollo de sus cursos. Sin embargo, en sitios en los que la disponibilidad de recursos tecnológicos es escasa, los problemas —y las preocupaciones— eran otros.

Si es difícil lograr que se incorporen y se involucren cuando estoy en clase presencial, ¿cómo va a hacer ahora la comunicación con los alumnos? Te vuelvo a repetir, no es una comunidad⁵ que yo diga “ah, mis

5. La profesora labora en la secundaria técnica de Isla Aguada, una pequeña comunidad de pescadores localizada 35 kilómetros al noreste de Ciudad del Carmen, Campeche.

treinta alumnos se van a conectar y a tal hora los voy a guiar, a tal hora puedo hacer una videollamada, puedo verlos en una plataforma, les puedo explicar a los papás que voy a estar con ellos viéndolos y explicando”. No. O sea, sé que no es así. Sé que va a ser muy difícil esa comunicación, va a ser muy difícil que los papás me respondan, que los papás me digan: “Sí, maestra, la voy a apoyar cuando usted mande las fichas de trabajo”. Entonces dije, yo, primero, como que crucé mis brazos y dije “¿qué voy a hacer? O sea, sé que tengo que trabajar porque no voy a estar así todo el tiempo, sentada. Sé que nos van a exigir cosas, nos van a exigir evidencias, nos van a exigir trabajo”, pero dije “¿cómo voy a responder yo ante mi autoridad si sé que no voy a poder con mis alumnos?”. [Entrevista a María Lourdes Guzmán Cruz, 6 de junio de 2020].

Esta precariedad no aparecía sólo en entornos rurales o semirurales. Las zonas deprimidas de las urbes, contra lo que pudiera pensarse, también experimentaban dificultades en este mismo sentido.

Nos enfrentamos al panorama de que, incluso al momento de darles clases, la gran mayoría de los niños no tienen internet, no tienen impresora.⁶ Dejarles tarea de internet es muy complicado, tienen que pasar al ciber antes de la escuela, ahí imprimir. Muchos alumnos, ni los papás en casa tienen acceso a internet. [...] La orden fue enviar los trabajos al maestro de computación de la escuela [y] que él los subiría en un blog, pero, fuera de eso, no se ha tenido ningún contacto [con los alumnos]. Si han resuelto o no las actividades que hemos mandado, no lo sabemos. Es una situación que no sabemos. Si han entrado al blog, ni siquiera lo sabemos. Estoy seguro que muchos niños ni han de tener la menor idea de que se estuvieron enviando actividades, pero sí nos las están exigiendo puntualmente. Las envían, pero uno no tiene la seguridad de que las hagan. [Entrevista a Carlos S. —seudónimo—, 5 de junio de 2020].

Idear una estrategia de enseñanza requería hacer adecuaciones de dos tipos: unas de carácter tecnológico. Otras, de tipo didáctico. En el caso de las primeras, los profesores debieron informarse acerca de cuáles eran las plataformas o los programas informáticos que les permitirían comunicarse con sus alumnos para no perder la continuidad de sus cursos. Nombres como Zoom, BlueJeans, Blackboard, Google Meet, Google Classroom, Microsoft Teams, incluso Facebook Live, YouTube o TikTok, incrementaron de forma importante su presencia en las conversaciones cotidianas —ligadas, en principio, al ámbito laboral, del que pronto saltaron a los terrenos de la enseñanza— e hicieron que los docentes se informaran, primero, acerca de qué eran, qué hacían y para qué servían. Si se amoldaban a sus gustos, sus necesidades y sus capacidades —las suyas y, lógicamente, las de sus alumnos—, resultaba obligatorio entender cómo funcionaban, qué se necesitaba para desenvolverse correctamente en tales plataformas y si el equipo de cómputo del que cada quien disponía sería suficiente como para que las mismas hi-

6. En este caso, el profesor labora en una escuela secundaria localizada en el límite de las alcaldías Iztacalco y Benito Juárez de la Ciudad de México. En el turno vespertino, en el cual el profesor imparte clases, acuden alumnos procedentes de colonias con bajo nivel socioeconómico, problemas de inseguridad y falta de servicios.

cieran lo que se suponía que debían hacer. En este último caso, si la respuesta era afirmativa, sólo restaba tomar alguno de los cursos que ofrecía la autoridad educativa o buscar por cuenta propia un tutorial que permitiera sacarle el mayor partido posible a las herramientas que serían utilizadas. De ser negativa, las opciones eran dos solamente: adquirir un equipo de cómputo nuevo —lo que no era fácil debido al entorno económico adverso y, además, a que el cierre de las tiendas especializadas en tecnología implicaba una nueva dificultad que debía superarse— o desistir del uso de una plataforma determinada y conformarse con alguna otra herramienta de menores prestaciones.

Estuve usando mucho lo que son las plataformas, por ejemplo [Google] Classroom. Me encantó [Microsoft] Teams. Teams me encantó, nos mandaron a cursos así, extra rápidos, casi, casi, de ayer para hoy. Teams es una maravilla. El problema es que los chicos, pues, como le comentaba, es difícil que tengan el acceso en algunos lugares. Entonces, definitivamente, ya cuando nos mostraron la apertura de Teams (porque no podía entrar con mi cuenta normal, porque no tiene las mismas aperturas), lo que hicimos fue [usar] Classroom. Todos tienen Gmail, todos tienen correo, incluso acepta el de la escuela, el institucional y, entonces, metimos Classroom, de emergencia. Nos avisaron hoy que no iba a haber ya clases para el lunes. Entonces, el lunes nos citamos con los chicos y, bueno, “aquí está tu contraseña de clases, vamos a entrar a Classroom”. Rápido se les explicó cómo se entraba y empezamos bajo esa base. Posteriormente lo intentamos con Teams, lo intenté con Zoom, lo intenté con Meet. Pero, como le digo, genera mucho gasto en los muchachos, no todos tenían la conectividad y decidimos que íbamos a seguir con WhatsApp, simplemente, y que era más fácil, y el [mensaje de] audio, los audios eran muy sencillos, además de que hay muchos chicos que no se podían conectar. Entonces les mandábamos las tareas y se implementaron por Messenger, por Facebook, por Classroom y por WhatsApp. Son los cuatro sitios por los cuales se les mandaba todo a los chicos, para que no hubiera pretexto para que no cumplieran. Y por facilidad. [Entrevista a Claudia Lilia Nava González, 12 de junio de 2020].

Entonces, pues la verdad le entré, me puse a investigar e, incluso, los mismos alumnos, porque empecé dando clases por Hangouts, no teníamos todavía como tal el Google institucional que nos dio la *SEP*, pero empecé, ¿no?, así como que “híjole, ¿cómo, cómo me conecto?”. Y mis alumnos, así de: “A ver, ¡le ayudamos, maestra! Haga una prueba”. Y, la verdad, así empecé, hasta que ya medio lo empecé ahí a usar, y mis alumnos fueron así de: “Oiga, maestra, es que mis hermanas están también teniendo clases virtuales, ¿por qué no lo hace por Zoom?”. Y yo “ah, Zoom, sí, pero es que yo no sé usar eso”. “No, mire, le explicamos”. Y así fui modificando. O sea, leyendo, buscando tutoriales, teniendo contacto con ellos. Dije “híjole, no se me van a conectar”. No, pues sí: el primer día, claro, sólo entraron ocho, doce, porque ellos también tenían un buen de broncas [para] entrar, “No puedo”, “el pin”, “lo dio incorrecto”. [...] Pero poco a poco nos fuimos adaptando, y creo que a ellos les encantó, ¿eh? [Entrevista a Karla Verónica Martínez Pineda, 5 de junio de 2020].

Las adecuaciones didácticas resultaron, en ocasiones, tan complejas como las tecnológicas. Sin embargo, a diferencia de lo que sucedía en el terreno de las aplicaciones, las plataformas y los programas, en el de la didáctica fue menos común que la aparición de términos nuevos —lo mismo en comentarios informales intercambiados en redes sociales que en revistas especializadas— llevara a realizar la misma clase de indagaciones que se habían suscitado en lo relacionado con las herramientas tecnológicas, con vistas a ubicar las novedades, examinarlas y, al final, incorporarlas a la enseñanza. De esta manera, aunque se oyó hablar —en algunos casos, con cierta frecuencia— de aula invertida, gamificación, *homeschooling*, cultura *maker* o comunidades virtuales de aprendizaje, entre muchos otros términos y conceptos, lo cierto es que los profesores decidieron que la transformación que harían a su práctica docente se basaría en conocimientos que ya poseyeran, en la intuición que les daba su práctica o en la simple reducción de contenidos para permitir que circularan de forma ágil a través de los canales que hubieran elegido para comunicarse con sus alumnos.

Lo que algunos compañeros pretendieron [fue], “¿sabes qué? Voy a descargar Zoom y voy a armar clases de Zoom respetando el horario de clases que teníamos”. Esa fue la primera pretensión de muchos. En lo personal, yo me opuse a eso. Fue lo primero que dije, “no, no va a funcionar”. Pero muchos dijeron: “No, sí: ellos [los alumnos] tienen su horario; entonces, pues nos levantamos igual, a las seis y media de la mañana y a las siete ya estamos todos listos y, entonces, el grupo 404 tiene clase de Historia de México 2 a las siete, pues a las siete se conecta: se conectan todos, el maestro, en una videoconferencia con cincuenta personas, pasa lista, les da la clase... o sea, vaya, todo va a funcionar así”. Nos dividimos en aquellos que dijeron “Sí, sí lo vamos a hacer” y aquellos que dijimos “no, no lo vamos a hacer”. A los que dijimos “no lo vamos a hacer” nos dijeron: “Entonces me tienes que preparar una estrategia didáctica para trabajar como venías trabajando”. Entonces, bueno, en lo personal, yo me centré en el trabajo de la antología y les dije “bueno, el trabajo ya está dosificado; entonces, en ese sentido no cambia, la dosificación sigue siendo la misma si estamos aquí o estamos allá”. Como mi modelo de clase requiere que haya una lectura previa, entonces tampoco cambia. Ellos deben hacer la lectura previa calendarizada como está. ¿Qué va a cambiar? Pues que, de repente, en la lectura, ellos podrán tener dudas y hay que preguntarle al profesor. Entonces, ahí fue donde tuve que hacer una intervención. ¿Cuál intervención, o qué hice? Les dije “simplemente, yo voy a grabar un video en YouTube, un video explicativo sobre el tema, en donde voy a tratar de abarcar todas las posibles dudas que tengan los chavos sobre la lectura”. Son lecturas que, obviamente, yo ya conozco, porque yo [las] seleccioné. Y, entonces, se hace una explicación. (Entrevista a Alejandro Zavaleta Chávez, 4 de junio de 2020).

Visualicé la clase, la sesión, de diferente manera. ¿Para qué? Para no caer en este monólogo que, normalmente, yo hacía en la manera presencial, pues yo sabía que no podría hacerlo. Entonces, yo tuve que cambiar la dinámica de la sesión. [...] Eso, de alguna manera, pues me implicó más trabajo, ¿no?

Me implicó cierto trabajo que, a lo mejor, no estaba contemplado; ese trabajo tras bambalinas que, curiosamente, en la docencia no se paga, pero que se tiene que hacer. [...] Yo creo que [cambian] los propios ritmos de la materia; tú tenías contemplado, yo tenía contemplado un... las planeaciones, tienes programado un calendario. En la medida de lo posible lo vas siguiendo. Pero, cuando empezamos con el asunto de las reuniones virtuales debido a la pandemia, pues sí se me modificó todo porque, entre que yo me acoplaba, e incluso el propio grupo se acoplaba también, yo recuerdo que las dos primeras sesiones fueron un caos. [Entrevista a Marco Enrique Sánchez López, 5 de junio de 2020].

En el campo de la educación, el quiebre de la normalidad y el subsiguiente establecimiento de una nueva normalidad, se relacionó de forma directa con la ruptura del encuadre básico en el que descansa todo el sistema: la sesión de clase. La sesión que no sólo es un asunto de tiempo —cincuenta, sesenta, noventa o ciento veinte minutos—, sino también de espacio —un salón de clases dentro de una escuela—. Es un tiempo diferente del resto de los tiempos del día —los que se dedican a dormir, a comer, a divertirse— que se desarrolla en un espacio también diferente —la escuela, que no es la casa, ni la habitación del alumno, ni tampoco su barrio—. El encuadre no sólo da un marco de referencia al trabajo escolar, sino que es una disciplina en sí mismo: la clase acontece dentro de ese encuadre, es ese encuadre el que construye una semántica bien determinada —quién es el profesor, quiénes los alumnos, quiénes los directivos; qué puede hacer, y qué no, cada uno de ellos; qué sucede antes y después de cada clase— y el que actúa como base del proceso de enseñanza-aprendizaje: el profesor es en la clase, lo mismo que el alumno. Más allá, aunque existen las tareas y la convivencia que se desarrolla en otras áreas del espacio escolar —e incluso fuera de este—, los sujetos asumen funciones diferentes, se reconocen de otro modo, pueden relacionarse de una forma distinta a como lo hacen en la sesión de clase. Es por ello que el quiebre del encuadre generó no pocos problemas a los docentes.

Tengo un alumno de segundo, por ejemplo, que, desde las diez de la mañana, me empieza a mandar mensajes: “Miss, no entendí”. Y no me lo manda a través del grupo [de WhatsApp], me lo manda a través de mensaje personal: “No entendí, ¿lo tengo que hacer así?”. Y lo voy llevando. Hay veces que me llevo hasta tres horas en irle explicando: “Es que ¿cómo busco esta pregunta?”, porque es una investigación. Por ejemplo, en segundo, ahora que estuve trabajando la UCA,⁷ me dice: “Miss, es que ¿cómo busco esta pregunta?”. “A ver, David, te estoy preguntando tal cosa, ¿cómo crees que lo tengas que buscar?”. “Pero me pregunta esto, me pregunta esto”. “Mira, búscalo así y búscalo así y ahí”. “Ah, ok”. Y, a los veinte minutos, a la media hora, me vuelve a preguntar. Y luego me dice: “Ah, ok”. Y luego me imagino que se pone a hacer de otras materias y tres horas después me vuelve a preguntar. Y generalmente es el último [en] entregarme, me entrega, a veces, ni siquiera ya en el horario, me entrega después del horario. Pero le recibo. Obviamente le

7. La unidad de construcción del aprendizaje (UCA) es una modalidad de trabajo integrada en los programas de estudio de la asignatura de Historia como parte de la reforma a la educación secundaria presentada en 2016 y puesta en funcionamiento en el ciclo escolar 2016–2017.

recibo, porque el chico está trabajando. Muy a su tiempo, muy a su forma, es un chico muy lento, que hay que llevarlo de la mano, pero, bueno, me ha servido, no solamente para acercarme a él, sino para irle explicando paso a paso cómo tiene que hacer las cosas. [Entrevista a Anabelle Gaona Alegría, 4 de junio de 2020].

Tenías que preparar cómo va a ser, primero, la comunicación con los padres de familia y, luego, cómo va a ser la comunicación con los alumnos. Porque, de hecho, [tenía que] explicarle a los papás, “no es un grupo [de WhatsApp] para mandar mensajes de religión, mensajes de... cadenitas que hay en el WhatsApp, no es un grupo para ofrecer...”. Me mandaban [anuncios de venta] de jaiba y cuanta cosa hay ahí. “El grupo, te voy a explicar, no es para andar vendiendo productos”. A los alumnos, “si ustedes me mandan un *sticker*, me mandan una fotografía, no les voy a comentar, no les voy a responder ese tipo de cosas, sólo lo académico”. Entonces sí te preparas, cómo va a ser la comunicación con los padres y con los alumnos. [...] [Pero] no se involucran todos. Ahorita, con esa parte de que tienes que mandar evidencias de que los alumnos te mandaron las actividades que enviaste, es difícil explicar, o informar, que no todos se interesaron. Que no todos los padres de familia reportaron. De hecho, mi única evidencia es la captura donde yo mandaba las actividades o los avisos y les decía “por favor, contesten de que están enterados, respondan de enterados”. Y no todos decían: “Maestra, enterados”. De los treinta, treinta y dos padres de familia, no todos respondían. Están en el grupo, pero no respondían. Entonces eso fue de verdad un reto porque pierdes la esperanza de que te apoyen, de que entiendan que están interesados los alumnos, de que estás preocupado por los alumnos. O es que ellos dirán: “Se perdió, se perdió el semestre”, o la primera noticia que dijeron, de que los alumnos iban a repetir año y los padres a lo mejor pensaron que, bueno, que eso iba a pasar: “Van a repetir año, ¿para qué hacerlos trabajar?”. Entonces, esa parte de la comunicación fue muy difícil, fue muy difícil para mí porque no me preguntan, o sea, no se atrevieron a preguntar, ni de lo que yo enviaba en el grupo, ni de lo que escuchaban, sino que se cierran, entonces dije “¿cómo hacerlos entender que tienen que seguir trabajando los alumnos?”. Y ahora que estamos diciendo “las actividades que se les mandó las tienen que enviar a los demás maestros, tienen que enviar las mías porque se van a valorar para poder asentar la calificación del tercer trimestre”, menos responden. [Entrevista a María Lourdes Guzmán Cruz, 6 de junio de 2020].

Los papás exigieron una plataforma de trabajo, así como Zoom, como Google Drive, algo para trabajar. Pero ahí, lo que hicieron fue algo que a mí, desde mi particular punto de vista, no me parece del todo correcto que lo hayan hecho: nos dieron la orden de crear un grupo de WhatsApp con los papás, los papás tienen nuestros números. El grupo de WhatsApp supuestamente era “los maestros se van a conectar de tal a tal hora, van a estar mandando las actividades y ese tiempo de conexión es para aclarar dudas con sus hijos”. El punto es que los papás, por sus horarios, o por su informalidad, en ocasiones nos están escribiendo mensajes a deshoras. Domingo, nueve de la noche, he recibido mensajes. Y yo puedo decir “no les contesto”, ¿no? Pero dicen: “Profesor, ya lo vi que está conectado, respóndame”. Y así como que pues no, ¿verdad? Además, ahí lo que estamos haciendo es, en todas las clases, nos asignaron que, así de inicio, enviáramos videos de clase.

Que nosotros, en nuestra casa, grabáramos un video con el tema. Yo lo que hice, entonces, fue que, cada día, a mi hora de conexión, les mando el apunte de ese día y les mando el enlace para descargar el video de clase. Lo hago por Google Drive. Y ya los alumnos tienen la oportunidad de ver el video y ver el tema, y a partir de eso, pues ya se supone que hagan la actividad. Pero nos lo cambiaron: tanta fue la insistencia de los papás que, desde hace tres semanas, empecé a usar Zoom, pero sólo una hora de clase a la semana, que coincidiera con nuestros horarios. El día que toca la clase de Zoom, aun así les tengo que mandar el video, porque hay niños que no se pueden conectar; por ejemplo, tengo un niño que su mamá es doctora, la señora está en un hospital COVID de ocho a ocho. Como la conexión es vía los papás, el niño no puede estar en las clases. Tengo niños que están en provincia, ahorita, por lo de la crisis. [Entrevista a Carlos S. –seudónimo–, 5 de junio de 2020].

Superar la ruptura del encuadre supone un reto importante para los docentes, aunque de ninguna manera es el único al que se enfrentan y quizá ni siquiera es el mayor.

Hay muchos alumnos, en todos los niveles los hay, que son muy... que necesitan mucho el contacto presencial. Contacto físico. Debes de saberlo porque en todos lados es así, pero en estas escuelas, y con estos niveles económicos que te comento, donde trabajo,⁸ son niños tan solos... súper solos. Todo el tiempo están solos. O sea, porque los papás no están nunca, incluso aunque estén en la casa. Son niños que viven con la sirvienta, son niños que están solos todo el santo día, que nadie los cuida, que nadie habla con ellos, y el único momento que tienen para interactuar con otros humanos es la escuela. Entonces, el no estar yendo a la escuela, hay muchos niños (y a mí me costó mucho trabajo entenderlo) a los que les pesa. Y, entonces, eso los bloquea. Yo creo que el primer reto va a tener que ser, de alguna manera, no sé si con ayuda de psicólogos, de tests, de... algo, detectar ciertos casos particulares a los que se les tenga que hacer algún trato diferente, no lo sé. Jalarlos después, hablar con ellos, o hacer una sesión separada con cierto grupo de alumnos que puedan tener estas características y que les hace mucha falta el contacto humano. Aunque no sea ni siquiera físico, ¿eh?, pero el hecho de tenerte de frente, en persona, es diferente a tenerte en un audio, en un texto o así [a través de una computadora]. [Entrevista a Carla María Ruiz Gordillo, 4 de junio de 2020].

El principal reto [es] lograr que el alumno deje de pensar que está tomando clase en una pantalla. Para mí es súper importante convertir la clase en algo que, para ellos, es más fácil digerir. Me explico: yo entiendo mucho de las cuestiones de redes y cuestiones de este tipo, y lo que yo traté de hacer es convertir mi clase en un video de YouTube como lo que ellos ven normalmente. Entonces, en lugar de recibirlos con “¿qué tal chicos? Buenos días. Vamos a pasar lista”, yo les digo “¡qué tal, chicos! ¿Cómo están, eh?

8. La profesora labora en una escuela de la zona sur de la Ciudad de México, a la que acuden alumnos de posición socioeconómica desahogada.

¿Qué onda? ¿Cómo están? Oye, qué onda, ¡buen peinado!”. O sea, convertir la clase en una especie de videollamada con alguien o convertirla en un video de YouTube. Literal. Porque, de esa manera, logro que olviden que están, uno, tomando clase; o, dos, tomando clase en una pantalla por seis horas diarias. Entonces, me arriesgué a tomar esa estrategia, yo que tengo la facilidad de hablar y de hacer chistes y de lo que tú quieras, convertir mi clase en algo que a ellos les fuera fácil digerir. Eso, para mí, es el mayor reto, porque una cosa es estar en clase y tener al alumno enfrente y pues ya está el alumno ahí, y otra cosa es, como te decía hace rato, saber que aquí tengo mi Nintendo Switch, allá atrás tengo la cama, aquí está mi televisión y estoy en un ambiente donde puedo distraerme fácil. [Entrevista a Jairo David Chi Miss, 7 de junio de 2020].

Normalmente, cuando estamos ahí, en la escuela, yo evaluo cada mes, aproximadamente, cada mes y medio: hago una evaluación, son tres evaluaciones por semestre. Aquí, por cuestiones meramente administrativas, y también de control, nos pidieron que hubiera evaluación semanal. Y, entonces, yo tenía que experimentar al respecto. La primera semana me fue muy pesada al respecto porque ahí va Alejandro, el optimista, a dejarles tres actividades en la semana. Chiquitas, pequeñas; o sea, no era gran cosa: era “léete este párrafo, o estos tres párrafos, con las características de una monarquía, con las características de una república central y una república federal. Y, ahora, ármame un diagrama de Venn con las características y los elementos en común”. Incluso era un tema que yo ya les había explicado, nada más era como para “ahí nos quedamos, nada más hay que cerrarlo”. Les pedí eso, les pedí otras dos actividades pequeñas, pequeñas. Tres actividades. No, bueno, fue un triunfo que me entregaran. Se atrasaron muchísimo en entregarme. [...] Entonces, después de la primera semana, y de todo lo que me tardé en calificar todo eso (porque tenía que entregar calificaciones el siguiente lunes), tomé la decisión de concentrarme en una sola actividad por semana, una sola actividad, que estuviera sustentada en la lectura, en los videos o material de apoyo y en el video central en donde yo estoy frente a la cámara y les explico. [Entrevista a Alejandro Zavaleta Chávez, 4 de junio de 2020].

En el transcurso de los últimos veinticinco años, a raíz de la revolución en el campo de las telecomunicaciones debida, a su vez, al rápido crecimiento de internet y el consiguiente desarrollo de todo tipo de programas y plataformas digitales destinadas lo mismo a la educación y la investigación que al ocio o a los negocios, tanto los profesionales de la educación como los teóricos de la materia, e incluso distintos tipos de analistas, han especulado acerca de lo que debería ser la educación a distancia. De la forma en la que tendría que funcionar una educación desarrollada a través de plataformas y sustentada en distintas fuentes de conocimiento asimismo ubicadas en entornos virtuales. De cómo responderían los alumnos a esta nueva manera de acercarse al conocimiento y de qué tendrían que hacer los docentes para desenvolverse de la mejor forma posible en un medio en el que las posibilidades de interacción entre los dos agentes principales del proceso de enseñanza-aprendizaje —profesores y alumnos— se ven reducidas a su mínima ex-

presión o que, en el mejor de los casos, se conducen por canales que no les son habituales (Farrrell, 2001).

Con el paso del tiempo, estas especulaciones han tomado como punto de partida las condiciones que privan en los modelos híbridos —similares a los que se implementan en distintas escuelas, de todos los niveles, que poseen sistemas de enseñanza abierta— para, después, dejar en claro que los modelos a distancia deben apuntar en otra dirección y apostar por lo puramente virtual como su elemento primordial (Frick, 2003). Esta consideración es relevante si se piensa que, por lo regular, cuando se habla de la educación impartida por canales virtuales, se tiene presente que, de vez en cuando, el alumno puede recurrir al profesor, de manera presencial, para solicitarle aclaraciones, explicaciones de alguna amplitud o materiales adicionales a los que se han recibido en primera instancia. De igual suerte, el modo tradicional de pensar la educación no presencial considera la posibilidad de acudir a archivos, bibliotecas, librerías, laboratorios o lugares de consulta de distinta naturaleza, de los que se puede extraer las fuentes de información que sean requeridas en un momento dado. Hablar, entonces, de la educación que se desarrolla sólo a través de medios virtuales, exige pensar en algo que es, en la inmensa mayoría de las ocasiones, inédito, que se va conformando a medida que se toma nota de las experiencias habidas en distintas partes del mundo y que implica ajustar un plan fraguado en el escritorio a las pruebas empíricas que se recaban en escenarios con características particulares. En el caso que interesa a esta exposición, y en medio de una pandemia que obligaba a tomar decisiones a toda velocidad, lo común fue que los profesores sólo se percataran de las diferencias que había entre la práctica docente de forma presencial y aquella de tipo virtual, hasta que se vieron inmersos en la segunda. Entonces, improvisaron, apoyados en el saber y, por qué no, en la astucia.

Yo puedo estar acostumbrado a una videoconferencia y no pasa nada, pero yo conozco profesores que, en su vida, habían hecho algo así. Y que tampoco tenían presentaciones en Power Point. Y que tampoco estaban acostumbrados a usar YouTube. Y que se tuvieron que sentar y fletar y aprender porque era algo completamente nuevo para ellos. Entonces, sí te queda mucho la sensación de frustración, yo creo que es generalizada, de “es que yo no puedo regalar calificaciones porque no va con mi ética, pero no los puedo reprobar en este momento; entonces, a ver cómo los ayudamos, si les dejo más ejercicios, pero no los cumplen?”. O sea, eso también se presenta. Sentir que sí estoy trabajando y sí estoy apoyando, pero que vengan y que digan, en dirección: “Pues es que, profesor, ahorita no les podemos pedir mucho”. Sí, sí, no les puedes pedir mucho, pero sí tienen que tener un grado de responsabilidad. O que yo le comunique a una estudiante que reprobó y el papá o la madre se me pongan salsa porque su hija cumplió con todo, según ellos, cuando no lo hizo. Entonces, sí, tienes como muchas... las sensaciones que te ha provocado este tipo de trabajo, que fue cambiar por completo tu rutina, más las sensaciones de, yo creo que el primer mes, de saber qué iba a pasar, cómo se iban a comportar las cosas, si te entraba la ansiedad porque tosías y ya pensabas que te estabas muriendo, fueron muchas cosas que limitaron el trabajo, que te dejaron sensaciones nuevas, que te pueden dejar, “a lo mejor, de esta forma me comuniqué más con

mis estudiantes”, pero también a muchos profesores les puede dejar [la impresión de] “es que yo sé que se estaban riendo de mí”. Y sí pasó. Profesores grandes que no sabían cómo conectarse, que no estaban acostumbrados a trabajar así, que los alumnos no les cumplieron. Son muchas cosas. Son muchos los sentimientos. [Entrevista a Juan Andrés Esteva Salazar, 6 de junio de 2020].

Me parece que, muchas veces, el constante ejercicio de la docencia de alguna manera te ayuda a reforzar los temas que vienen en el programa. Entonces, si bien cada curso, cada ciclo escolar, uno tiene que hacer una planeación, me parece que determinados temas, a lo mejor con los que uno está involucrado, dependiendo de las dudas de los chicos (de manera presencial), es incluso a veces hasta muy viable y factible improvisar, porque uno es ya como poseedor de este conocimiento, ¿no? Y ya nada más busca uno la manera [de] que sea más digerible de proporcionárselos. Pero creo que sí conlleva un poquito de improvisación, muchas veces, hablar de ciertos temas. Y en las clases virtuales me parece que no se puede hacer, ¿no?, porque, si uno empieza a improvisar, creo que es muy notorio, para los alumnos, decir: “Este profesor no preparó su clase y nada más nos está aventando un choro”. Ésa es mi percepción, eso es lo que yo considero. Esta idea yo me la refuerzo, tanto con mi propia labor de docente, como en mi papel de estudiante que en este momento tengo, con esta segunda carrera, fue muy notorio cuando un profesor sí preparaba su clase para esta dinámica virtual y quien sólo nos venía a marear con sus conocimientos. [Y] yo siento que la clase virtual te hace muy ajeno, te hace muy distante, no te permite, en primera, pues estar, como se dice, a ojo de buen cubero, pues estar viendo quién es el que está más atrasadito en temas, el que está menos interesado en la propia clase, el que seguramente tiene poco interés (por cuestiones personales); que, muchas veces, es más fácil percibir de manera presencial. [Entrevista a Marco Enrique Sánchez López, 5 de junio de 2020].

Los problemas para adecuarse a los entornos virtuales no eran exclusivos de los profesores. La creencia —común y extendida— de que los alumnos a los que ellos atienden —adolescentes, en promedio, de entre 12 y 18 años— entran en la categoría de “nativos digitales”, llevó a las autoridades educativas a pensar que el desarrollo de la educación en línea sería, si no de un dinamismo a toda prueba, sí al menos lo suficientemente diáfano como para permitir que lo que restaba del ciclo escolar transcurriera de buena forma, al pensar al alumno como alguien proclive a aceptar todo lo que viniera de un entorno virtual, sin importar cuál era la función o el aspecto de esto mismo. Sin embargo, la realidad le mostró a los docentes que la aproximación de los adolescentes a la tecnología suele ser pragmática, centrada sólo en el manejo de lo que les resulta atractivo o útil para cualquier fin que tengan entre manos.

Aquí la cuestión es ¿qué clase de nativo digital se ha estado formando? [...] Son nativos digitales, pero de consumir contenido basura. Entonces, el hecho de que sean nativos digitales no necesariamente los hace a ellos más abiertos a tomar clases en línea, porque lo que ellos quieren hacer en red, todo lo

que ellos quieren hacer, es todo, menos aprender, tomar clases. De verdad es increíble cómo nosotros, que vivimos la transición de lo análogo a lo digital, vemos al internet como una herramienta, tanto de entretenimiento como profesional, en muchos casos, pero quienes ya nacen ahí, es muy curioso cómo toman al internet, no como una herramienta de conocimiento, sino como una herramienta única y exclusivamente de entretenimiento. O sea, nacen y se relacionan con el internet creyendo que es una herramienta para entretenerse y no para aprender. Yo creo que ahí es donde está la etiqueta, porque, como ser humano, lo etiquetan como “esto es para entretenerme”. Y cuando, de repente, tú les dices “¡ey!, vamos a empezar a usar tu herramienta de entretenimiento como herramienta de aprendizaje”, ahí hay como una especie de susto, de que estás entrando en un lugar que no deberías: “Estás rompiendo con mi ecosistema”, que en ese sentido sería: “Yo tomo el internet para entretenerme, para divertirme, para perder el tiempo, para pasar el tiempo, no te quieras meter con eso”. [Entrevista a Jairo David Chi Miss, 7 de junio de 2020].

El problema se magnifica en contextos en los que el alumno no puede ser un nativo digital por la simple razón de que la tecnología no está dentro de su entorno cotidiano.

Ahorita, con la contingencia, me pongo a pensar, “bueno, no es que el alumno a lo mejor no estuvo interesado; a lo mejor el padre de familia nada más tiene un teléfono”, quizá, y el padre de familia tiene que ir a trabajar y tiene que llevar el teléfono porque es una herramienta que tiene que usar para su trabajo, y en qué momento le da al alumno la oportunidad de checar qué tareas tiene que revisar para hacer. O el papá llegó en la noche, porque trabaja todo el día en la jaibera, toda la tarde, y llega hasta en la noche. Ya cuando el papá llega a la casa y el niño tiene que ver el teléfono, ya pasó toda la tarde, ya tiene sueño. Entonces, una parte digo “algunos no se interesaron”; alguna parte digo “a lo mejor no tuvieron el acceso, porque no tienen teléfonos ellos”. Lo primero que tuvimos cuando recién [se transmitieron] las clases en televisión, fue lo primero que me dijeron: “Maestra, es que no tenemos cable; tenemos tele, pero no tenemos Cablevisión, no tenemos el contrato de televisión por cable. Entonces, ¿cómo voy a hacer para las clases, verlas en televisión y registrarlas?”. O unos padres me decían: “Maestra, tenemos internet, dígame a qué página tengo que entrar”. Pues sí. Otros padres no tenían esa parte. Por eso es que optamos por mandarles fichas y decirles “no se preocupen, no se van a quedar sin hacer nada, se les va a mandar actividades que hacer por este medio [el teléfono]”. Otros padres me decían: “Maestra, nosotros no tenemos televisión, tenemos la casa en renta, apenas tenemos lo básico para vivir”. [...] Cuando empezó nuestro jefe, Esteban Moctezuma [el secretario de Educación Pública], a decir que todo iba a ser virtual ahora, que todo iba a ser por internet, que todo iba a ser de que ahora el maestro tenía que estar tras la computadora, en el teléfono, trabajando con los alumnos de esta forma, que si se graba video y que lo envía, yo empezaba a decir, y el grupo de los maestros de secundaria empezamos a decir: “¿Es que no se pone a pensar que mi realidad no es así?”. O sea, siempre hablamos del contexto, siempre hablamos de espacio y tiempo y todos esos aspectos y decimos “¿no se pone a pensar que la realidad que ellos nos están planteando es muy difícil en mi comu-

nidad?”. Porque es una comunidad muy pequeña, es una comunidad [en la] que no todos tienen internet, los alumnos tienen que ir al ciber, es una comunidad [en la] que no todos tienen la posibilidad de que el padre de familia diga: “Ok, te doy cincuenta pesos, ve tres horas al internet”, una comunidad que se le va la luz...; entonces, es muy difícil el que yo pueda decir a mis alumnos “vayan al ciber, conéctense a las tres de la tarde, vamos a hacer una videollamada para que yo les explique las actividades”. No era una realidad que se pudiera aplicar en mi zona de trabajo. [Entrevista a María Lourdes Guzmán Cruz, 6 de junio de 2020].

Y, por supuesto, los alumnos enfrentan problemas que, en ocasiones, hacen ver como intrascendentes a los que se generan dentro del ámbito escolar.

Algunos chicos no podían conectarse, en determinados tiempos de esta pandemia, porque... pues sí, recibieron amenazas, hubo desapariciones de familiares, algunos muertos. Ambos entornos⁹ tuvieron esas limitantes; como pudieron, salieron. Otro de los problemas que tuvieron es que no hay una obediencia civil, por así decirlo, en cuanto al “quédate en casa”. Entonces, algunos sí tuvieron familiares enfermos: unos sí aceptaron que era coronavirus, otros que no. Pero siguieron adelante, siguieron trabajando. Tenían que salir. Muchos muchachos, en ambos entornos (porque aquí no hubo diferencia), tuvieron que trabajar porque sus papás perdieron su trabajo, sus papás sí perdieron el trabajo, sobre todo los que trabajan en empresas; [para] los que están en el sector agrícola no fue tan fuerte, pero sí tuvieron que entrar con la economía, fueran hombres o mujeres, la mayoría tuvieron que entrar a trabajar. [Entrevista a Claudia Lilia Nava González, 12 de junio de 2020].

Como telón de fondo a estas dificultades, y contrario a lo que se necesitaba, las autoridades educativas no hicieron sino complicar más el panorama para los docentes.

Nos piden muchos documentos. Tenemos que estar probando que seguimos trabajando. Estamos llenando una vez a la semana evidencias de las actividades que hacemos con los chicos, que son formatos en los que tenemos que poner fotografías de los trabajos que los chicos nos están enviando y, aparte, tenemos que llenar estadísticas de a cuántos estamos llegando y cuántos están respondiendo, [de] cuántos definitivamente no sabemos. Bueno, eso es en supervisión escolar. Hay un grupo de WhatsApp, del sector, en donde el jefe de enseñanza todos los días nos manda información; no nos pide documentación, pero sí nos manda un montón de información que tenemos que estar leyendo. Y si de ahí nos vamos más arriba, bueno, el secretario de Educación dice una cosa, sector dice otra, mi dirección dice otra y el presidente dice otra y es una serie de confusiones que tratamos de arreglar lo más que se pueda. [Entrevista a Anabelle Gaona Alegría, 4 de junio de 2020].

9. La profesora labora en dos instituciones educativas diferentes: un telebachillerato localizado en una zona rural cercana a Celaya y un Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos estatal ubicado en la comunidad semirural de Sarabia, a las afueras de Salamanca, Guanajuato.

Yo creo que las autoridades escolares también se enfrentaron a situaciones con las que no se contaba; pero, en ese sentido, yo creo que sí fue una irresponsabilidad que no se hubieran preparado antes, por ejemplo, porque la cuarentena la veíamos venir, prácticamente, desde finales de febrero, ¿no? Incluso desde principios de febrero. Sabíamos que iba a llegar, no sabíamos con qué intensidad, pero ahí me parece que las escuelas, en muchas ocasiones, no dotaron a los profesores de capacitación... bueno, si ya, desde el principio, no dotan de capacitación para muchos aspectos, pues, en el caso de la pandemia, era ya una cuestión complicada. Además, también es cierto que las autoridades de las escuelas sólo te podían decir lo que las autoridades educativas les compartían. Entonces, la información fue muy lenta, fue un proceso muy extraño, a las escuelas particulares les dejan actuar así: "Pues, maestra, organícese usted y organice a sus estudiantes porque no les podemos exigir nada". Que, en ese sentido, yo creo que fue mucho la dinámica para trabajar con escuelas públicas, pero, a las particulares, siempre te dejan así, como: "Con que usted me cumpla con mis oficios, organícese como quiera". Y eso también lo he vivido porque he sido director de primaria particular. Entonces, como es mucha la burocracia, es muy poca la información que te dan, es a cuentagotas, o sea, la primera instrucción es: "Nos vemos después de Semana Santa". Y era bastante complejo decirle a los alumnos "nos vemos después de Semana Santa" cuando yo no lo creía. Pero ésa era la información que te estaban proporcionando. Yo creo que fue mucho de improvisación. Sí, no había de otra forma, pero ahí lo cuestionable es, si te están diciendo que la pandemia se estaba estudiando desde enero, ¿por qué no se vio cómo se iba a trabajar a nivel educación pública? Porque no era nada más la organización en hospitales, sino una cuestión social. Y, en ese aspecto, yo creo que no hubo una preparación, yo jamás escuché (y nunca nos hicieron llegar) información, por parte de la Secretaría de Educación Pública, de cómo estaban los profesores, de si necesitaban alguna orientación, de si necesitaban ayuda. Eso no sucedió. A ver, con decirle que yo ayer me enteré que, en secundaria, ayer acabó el ciclo escolar. O sea, me piden calificaciones, me comunico con la directora y mi directora me dice: "Es que ya, hoy fue nuestro último día, profesor". Así está el punto. Que también está equivocado, porque el calendario oficial te marca que es hasta el diecinueve. Entonces, ahí te das cuenta de que las escuelas están viendo a ver cómo se organizan, que era mucha la falta de información. No sabíamos, por ejemplo, cuándo iba a acabar, cuándo iba a terminar. Cuando eres escuela privada, pues importa mucho cuántas semanas trabajas, porque si no trabajas, no cobras. Y el sistema educativo, o sea, la SEP, eso no lo considera, ¿eh? O sea, la SEP no te dice qué va a pasar si no te pagan, o cómo vas a seguir trabajando, pero sí te exige, por ejemplo, que termines un día específico. Y, a las escuelas públicas, ¡cojonudo!, pero a ti te dejan con una sensación de "y ahora, ¿qué?". [Entrevista a Juan Andrés Esteva Salazar, 6 de junio de 2020].

La normalidad futura

Aun cuando la Secretaría de Educación Pública determinó que el ciclo escolar terminaría la primera semana de julio, las escuelas concluyeron actividades dos semanas antes, alrededor del 19 de junio de 2020, en medio de una incertidumbre casi total en relación con lo que habría de suceder en los meses

por venir. Habría un periodo de vacaciones, uno más de organización administrativa y, si las condiciones sanitarias lo permitían, se regresaría en el mes de agosto a evaluar a los alumnos mediante un curso remedial. Éste era, al menos, el plan que habían dado a conocer las autoridades educativas. A ciencia cierta, nadie sabía qué sucedería, y eso mismo incidía en el hecho de que los profesores mostraran una actitud ambivalente ante el futuro. La mayoría de ellos estaban esperanzados ante lo que sucedería cuando retornaran a sus salones de clase y se reencontraran con los alumnos, pero al mismo tiempo temían de las implicaciones prácticas de ese reencuentro. Confiaban en que los alumnos estarían deseosos de regresar a sus actividades normales, pero no podían pasar por alto que el ciclo escolar 2019-2020 se había desarrollado de forma anómala y que evaluar los conocimientos adquiridos sería una tarea ardua. Se entendía que la educación se desarrolla en las aulas y que es en las aulas donde es posible obtener los mejores resultados o, al menos, los que mejor se puedan valorar. Sin embargo, la incertidumbre era grande. Los factores que los docentes podían vislumbrar, pero ante los que no tenían forma de prepararse, eran demasiados. Estructurar eso a lo que se había denominado la “nueva normalidad”, y que no era sino una normalidad más en el conjunto de normalidades que han hecho su aparición a lo largo de los últimos meses, no sería un asunto fácil.

[Las autoridades de los planteles] sí se reúnen, sí están viendo cómo se va a evaluar, cuáles van a ser las medidas, pero, regresando, la verdad es que el gobierno no nos va a dar el gel antibacterial, ¿eh? [...] También, hablando con mi papá, que también es docente, es de: “Ay, es que esos niños, ¿no? Luego ahí están ‘compárteme de tu torta’, ‘dame agua’, imagínate el contagiadero”. Entonces dice mi mamá: “Ahora ¿cómo le vamos a hacer cuando un niño no traiga la mascarilla? Tú, como maestro, ¿vas a decir ‘aquí está’? O sea, ¿vamos a tener que, todos, cooperar para comprar mascarillas, de nuestro sueldo?”. Ay, no. [...] Ya dijo el secretario, ¿no?, que va a ser, hasta creo que por aspecto de apellido y va a haber un grupo así de... ¿remedial? Sí, remedial, para estos niños que están en rezago educativo. Pero uno dice “ay”. Bueno, si estando normal, luego es una bronca, no quiero ni imaginarme ahora. [Entrevista a Karla Verónica Martínez Pineda, 5 de junio de 2020].

El ciclo escolar 2020-2021 iniciaría de esta manera, con la esperanza de que, en algún momento, la “nueva normalidad” mostrara condiciones que permitieran aproximarse a aquella normalidad perdida, la que existía antes del arribo del virus SARS-CoV-2. Asimismo, con la mira puesta en la aparición de alguna solución de carácter médico —en forma de vacuna o de medicamento— que comenzara a construir las certezas en las que debe fundarse la vida cotidiana para asegurar el tránsito de los sujetos por el mundo. De momento, la normalidad era la del suspenso. La de las precauciones que permitirían realizar algún tipo de actividad, pero que no garantizaban la preservación de la salud. La que presenciaba un vaivén entre el reinicio de las actividades y su nueva clausura. La normalidad en la que lo instantáneo, signo por excelencia de la posmodernidad (Fernández, 2000), gobernaba las rutinas, que debían configurarse y reconfigurarse al son que le marcaran los acontecimientos día a día.

Al momento de elaborar este estudio, la pandemia de COVID-19 avanzaba sin freno por el territorio nacional. Los docentes, al no poder contar con una transformación radical de las condiciones que habían experimentado en el cierre del ciclo 2019-2020, debieron amoldar sus prácticas a esa normalidad que, de momento, parecía estable. La normalidad de las clases a distancia. La normalidad del alumno al que se percibe a través de la pantalla de una computadora. Con eso tendrían que trabajar. La aparición de las vacunas a finales de 2020, y el inicio de la Campaña Nacional de Vacunación en México, en marzo de 2021, ciertamente representarían una transformación en esa normalidad, aunque no de una forma tan radical como pudiera pensarse en un principio. Su análisis a profundidad, sin embargo, escapa a los límites de este estudio.

Bibliografía

- Canguilhem, Georges (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Estrada Saavedra, Marco (2000). "La vida y el mundo. Distinción conceptual entre mundo de vida y vida cotidiana". *Sociológica*, 15(43), pp. 103-151.
- Expansión Política (11-12-2020). "El color del semáforo en la CDMX 'es intrascendente', dice López-Gatell". *Expansión Política*. Recuperado de: <<https://t.ly/T617>>
- Farrell, Glen M. (ed.) (2001). *The Changing Faces of Virtual Education*. Vancouver: The Commonwealth of Learning.
- Fernández Christlieb, Pablo (2000). "El territorio instantáneo de la comunidad posmoderna". En *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad* (pp. 147-170). Barcelona: Anthropos / UNAM / El Colegio Mexiquense.
- Foucault, Michel (2001). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)* (2ª. ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Frick, Jan et al. (2003). "Effective Online Learning – Both a Utilization of Technology and Methods". En *Virtual Education: Cases in Learning & Teaching Technologies*. Hershey: IRM Press.
- Rosato, Ana et al. (2009). "El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad". *Ciencia, Docencia y Tecnología*, xx(39), pp. 87-105.
- Ruiz Islas, Alfredo (2020). "Una relación compleja: el miedo y lo cotidiano". *Reflexiones Marginales*, [numero especial] 8. Recuperado de: <<https://cutt.ly/lmTvFN9>>.
- Secretaría de Salud (14-08-2020). "Lineamiento para la estimación de riesgos del semáforo por regiones covid-19" [versión 5.1]. Recuperado de: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/SemaforoCOVID_Metodo.pdf>.

Entrevistas sobre impactos psicosociales por la presencia del COVID-19

Guadalupe Judith Rodríguez Rodríguez*

En diciembre del 2019 se dio a conocer que en Wuhan, China, emergía el brote de un nuevo virus denominado SARS-CoV-2 que provocaba la enfermedad COVID-19. Desde entonces, se extendió por el mundo con una rapidez alarmante: en marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró una pandemia global¹ con la finalidad de que los países en todo el mundo tomaran las medidas que consideraran pertinentes para mantener a su población a salvo. Los diversos planes que se implementaron comprendieron restricciones en la movilidad, distanciamiento físico y confinamiento, lo que dio como resultado postales de grandes ciudades, metrópolis y espacios públicos desiertos, silentes, e imágenes casi irreales en las que se aprecia fauna majestuosa que salió a reclamar sus espacios ocupados hoy por los humanos.

En el caso particular de México, lo que identificábamos como “normalidad” se vio trastocada con la implementación de la Jornada Nacional de Sana Distancia.² Una parte de la población se vio confinada en sus hogares, escuelas, oficinas, centros comerciales, tiendas, cines, y los denominados negocios “no esenciales” cerraron y la economía del país se paralizó parcialmente.

Las relaciones entre la población se han transformado, en parte por las sugerencias difundidas respecto a tener un contacto físico mínimo, evitar el saludo de mano o de beso, y prescindir de reuniones sociales: los encuentros virtuales se volvieron frecuentes en un intento de estrechar la lejanía entre familias y seres queridos. En paralelo, se ampliaron las jornadas laborales para quienes trabajan en casa, se replicaron actos solidarios como ofrecer comida a personas desempleadas, pero también

* Doctorante en el posgrado en Antropología Física, ENAH-INAH (afguadaluperodriguez@hotmail.com).

1. El 11 de marzo, después de una reunión extraordinaria, Tedros Adhanom, director de la Organización Mundial de la Salud, declaró la pandemia por coronavirus.

2. Consistía en cuatro puntos relevantes señalados por la Secretaría de Salud: 1) medidas básicas de prevención (lavado frecuente de manos, uso de gel antibacterial, cubrir con el ángulo interno del codo en caso de estornudar o toser, evitar saludos de beso, de mano o abrazos y, en caso de presentar síntomas como tos y fiebre, permanecer en casa y acudir al médico); 2) suspensión de actividades esenciales en el ámbito público, social y privado, la cual se llevó a cabo a partir del 23 de marzo de 2020; 3) la suspensión de cualquier evento masivo; 4) recomendar a la población extremar precauciones hacia la población de adultos mayores o que vivieran con algún padecimiento crónico.

aumentó la discriminación acompañada de agresiones físicas y verbales hacia el personal de salud por considerarles un foco de contagio.

En este contexto, surgen diversos cuestionamientos, por ejemplo, ¿cómo ha impactado la pandemia a diferentes sectores de la población?, ¿qué cambios podemos esperar cuando termine?, ¿qué podemos hacer de manera individual? Con la finalidad de contestar estas interrogantes y de ampliar la mirada ante el momento histórico que transitamos, se realizaron entrevistas, entre el mes de abril y junio del 2020, a diversos actores: una médico, dos profesionales de la salud mental y un catedrático. Los encuentros tuvieron lugar en plataformas virtuales como Zoom, videollamadas de WhatsApp y Skype, siguiendo las indicaciones sanitarias para evitar encuentros presenciales. Las entrevistas fueron semiestructuradas y se grabaron con previa autorización de los participantes. De ellos, sólo la médico especialista radica en el estado de Oaxaca, el resto viven y desarrollan sus labores en la CDMX.

Agradecemos a todos los entrevistados, por permitir que sus experiencias y sus puntos de vista sobre la pandemia se conozcan y detonen la reflexión sobre los impactos que tiene en nuestra vida, y sobre las expectativas que tenemos ante la “nueva normalidad”.

Entrevistada: médico Mayte Reséndiz³

¿Qué implica ser médico, con su especialidad, en tiempos de COVID-19?

Estamos acostumbrados a manejar a los pacientes más graves del hospital, a los más críticos, pero ésta sí es una cuestión muy especial porque estamos luchando contra un virus más calificado. Tenemos la ventaja de que los compañeros de Wuhan y de Italia nos están compartiendo su conocimiento pero no hay un tratamiento específico, sólo de sostén. El manejo no es fácil porque nos enfrentamos a pacientes que responden y otros no.

Hasta el momento no hay tratamiento o una guía clínica, a diferencia de la influenza, con la cual también murieron personas pero teníamos el tratamiento. Estamos atendéndolos de una manera diferente ya que el paciente está solo: nosotros entramos transformados, no nos ve el rostro, más que los ojos.

¿Cómo la hace sentir que el paciente sólo le mira los ojos?

Pues llega a afectar. Hemos tratado de humanizar la terapia intensiva, un área donde no se permitía entrar, no se permitían visitas. La situación del paciente es grave y él lo sabe, él siente que se ahoga, siente que le falta el aire y nos dice: “¡Siento que me voy a morir!”; lo siente. Además, por cuidado y protección nuestra, nos mantenemos alejados de él, no nos podemos acercar; es muy diferente el trato con el paciente y eso es doloroso.

3. Especialista en enfermos en estado crítico. Labora en terapia intensiva y, hasta julio de 2020, brinda atención en el área COVID-19 de un hospital del ISSSTE en el estado de Oaxaca.

¿Se siente vulnerable a pesar del equipo que tiene?

Sí, nosotros estamos trabajando con lo que nos dan y no es lo adecuado, no estamos siendo protegidos: es muy estresante tan sólo el vestarnos. Por seguridad, hay compañeras que nos ayudan haciendo el *checklist*, viendo como nos vestimos, con cuidado de que no nos vayamos a contaminar. Nos ponemos *goggles*, careta, nos ponemos overol estilo pintor, como no tenemos los adecuados usamos el de estilo pintor, encima usamos una bata quirúrgica, doble gorro y la mascarilla especial, una [K]n95. No aguantamos tener el equipo más de seis horas, lo máximo que nos quedamos dentro son cuatro horas porque el personal también se angustia porque hace muchísimo calor: nuestra salas se hicieron para la contingencia, no son especiales para manejar a este tipo de pacientes, no hay aire acondicionado de presión negativa, se maneja la temperatura del medio ambiente. Como sudamos, podemos llegar a deshidratarnos, no tomamos agua, comemos varias horas antes porque no podemos ir al baño y cuando salimos, después de esas cuatro horas, ya traemos marcada la mascarilla y los *goggles*. No podríamos estar más de seis horas porque el mismo *goggle* nos llega a cortar atrás de las orejas y las personas que se lastiman ya no pueden entrar con heridas.

La verdad es que yo he puesto todo esto en manos de Dios y digo “lo que va a pasar, va a pasar, y si es la voluntad de Dios que yo me infecte, así va a ser”. No tenemos el equipo de protección completo, de ahí la gran cantidad de médicos que se han infectado pero no hay quien lo vea, por eso muchos médicos se fueron, nos dejaron, somos poquitos y la verdad es que yo estoy confiando en mi creencia, en mi Dios y lo he dejado a su voluntad. Hay momentos que si se quiebra uno al ver tantos pacientes, al ver cuando llegan a urgencias y fallecen porque ya no alcanzan ni a llegar a terapia y sí nos afecta. Yo me doy permiso de vivir eso, o sea, si me caigo y si tengo que llorar, lloro y al otro día ya me siento bien y digo “bueno, ivamos adelante, a seguirle! Porque los pacientes están vulnerables y yo soy la persona que les puede ayudar”.

¿Brindan algún tipo de apoyo emocional a usted y a su equipo?

No, no hemos tenido. Lo que estamos haciendo es que los que vamos a entrar a la guardia nos reunimos y nos decimos cómo nos sentimos, y decidimos en qué horario queremos entrar. Hemos visto que eso ha funcionado pero sólo entre nosotros porque no hemos recibido ningún apoyo. Ya cuando terminamos siempre nos abrazamos y cantamos una canción.

¿Cómo es su vida fuera del hospital?

Pues ahorita estamos volcados totalmente en esto, realmente no llevamos una vida como tal porque buscamos artículos [y vemos] lo que les está funcionando en el D.F. [hoy CDMX] y lo que no. A mis niños que llevan sus clases pues sí los apoyo un poco pero no como debería. Siento que los maestros no están tomando en cuenta que los hijos de médicos están viviendo esta pandemia de una manera diferente porque para nosotros es importante estarnos empapando de esos conocimientos, tratamos de estar actualizados para ayudar al paciente. Algo que no dejo y siento que me ayuda es el ejercicio y la meditación.

¿Alguien de su equipo ha sufrido algún tipo de agresión fuera del hospital?

Sí, está saliendo un autobús del hospital que va a traer a las compañeras porque las han bajado del transporte público, las han tratado de rociar de cloro y esto lo entendemos porque hay ignorancia, pero hay algo que también se está viviendo y es que los mismos compañeros le llaman “covitario” a la sala de COVID. Cuando entramos al comedor, los mismos compañeros nos ven, se levantan y dicen: “Ay, vienen los del covitario”, o sea que de nuestros mismos compañeros estamos sufriendo esa marginación. Ya no salimos con nuestros uniformes, nos vamos de civil y me duele porque mi uniforme siempre lo había utilizado.

Entrevistada: licenciada Adriana Pérez Cortés Cordero⁴

¿Qué impactos psicosociales ha tenido el COVID-19 en la población?

Ha impactado fuertemente en el ámbito educativo, por ejemplo, en las escuelas. Los docentes y los alumnos no estábamos preparados para trabajar a distancia, no contábamos con la capacitación suficiente y mucho menos con la tecnología y las plataformas adecuadas para trabajar.

Adaptar los contenidos educativos presenciales a no presenciales ha generado un colapso en el uso de las redes y un enorme enojo de la comunidad educativa al carecer de los recursos tecnológicos para llevar a cabo las actividades. Esto nos lleva a pensar no sólo en la falta de una computadora, sino en la falta de internet y en los problemas económicos: no le podemos exigir al alumno que haga un determinado trabajo si no cuenta con las herramientas para hacerlo. En muchos casos, [este alumno] tampoco tiene cubiertas sus necesidades básicas de alimento, vestimenta y techo, los padres de familia viven un colapso al tener que dar seguimiento a las actividades académicas de sus hijos, cosa que antes no hacían. Otro impacto tiene que ver con los roles de los miembros de la familia porque tenemos muchos niños y jóvenes que en realidad no eran atendidos por sus papás sino por sus tíos o abuelos, y esto nos lleva a hablar de involucramiento: de pronto tener a padres, hijos e incluso mascotas conociéndose e involucrándose en los roles de cada uno es muy difícil. Mucha gente está enojada con los maestros porque dicen que abusamos pero no, ésa es nuestra actividad del día a día, [y] de pronto [los tutores] tienen que hacer actividades que no hacían.

¿Qué podemos esperar como secuela del confinamiento?

Veremos el incremento de ciertos trastornos: podría aumentar la tasa de suicidio, la violencia, y por supuesto “el retroceso” en los tratamientos de personas con enfermedades mentales graves, así como el incremento de casos.

Es posible que como secuela de la pandemia [permanezcan como síntomas] la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de adaptación y, por supuesto, el trastorno por estrés posttraumático. La pregunta obligada es, ¿qué hará al respecto nuestro sistema de salud? Sobre todo cuando

4. Psicóloga y catedrática del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás del IPN.

la salud mental es vista como algo secundario [y] la figura del psicólogo ni siquiera existe en la ley de salud; eso dice mucho.

Por supuesto también cambiará la forma de ver los duelos porque tendremos familias que estarán viviendo su duelo de forma contenida y no sabemos qué va a pasar con todas las familias que sufran una o varias pérdidas. Puede ser que haya personas que descubran que prefieren estar más tiempo en su casa y que no quieran convivir externamente porque les resulte más cómodo, o bien, quienes por miedo se sientan muy inseguros en la calle.

Definitivamente la forma en la que vamos a interactuar y hacer las cosas cotidianas va a cambiar, y tendremos un largo periodo de adaptación a todo ello. La expectativa para muchos es que nada cambiará y que todo seguirá igual; para otros es un cambio muy importante en la forma de realizar todo lo que hacemos: convivir, trabajar, pasear, estudiar, etcétera. Quiero creer que seremos más empáticos, que se están reforzando valores positivos como la tolerancia, la justicia, la disciplina, la honestidad, la responsabilidad, el respeto, la cooperación y elementos como la paciencia, la comunicación asertiva, la aceptación, el autocuidado, la seguridad personal y por supuesto el manejo emocional.

Entrevistado: doctor Pedro Quintino Méndez⁵

Desde su mirada de historiador, ¿qué nos puede comentar sobre la pandemia que vivimos?

La pandemia por el COVID es un tema social que afecta la vida de los mexicanos y de todos los humanos. No es lo mismo estudiar pandemias o epidemias, que vivir en carne propia un acontecimiento como éste.

En el caso de nuestro país, en el siglo xx la llamada “influenza” o “gripe española” fue una epidemia de la que no se tiene el número de muertos que causó, pero de 1910 a 1920 se han calculado cerca de 800 000 muertos —recordemos que en esta década tuvo lugar la Revolución Mexicana—. Lo que sí sabemos es que fue implacable porque muchas de las medidas que hoy tenemos a la mano no se tenían en aquel entonces.

No hay forma de enfrentar la epidemia, hay múltiples formas. Me atrevería a decir que el impacto de los medios de comunicación permite que todos tengamos algún dato, alguna referencia sobre lo que estamos viviendo, pero la manera de enfrentarlo es diversa, los contextos cambian de un espacio a otro, de una colonia a otra, de un estado a otro: hay quienes lo niegan y eso también es una manera de enfrentar el miedo. Hay quienes se saturan de información y eso también paraliza.

Pienso que en el contexto actual, las redes sociales han jugado un papel fundamental sobre las respuestas que da la población a este tipo de fenómenos de salud. Ellas nos dejan ver la respuesta de la sociedad ante un sismo donde todo mundo quiere salir a repartir agua, recolectar víveres y llevar-

5. Historiador y catedrático de la Escuela Nacional de Antropología e Historia.

los, [en contraste con la respuesta] a una epidemia donde la gente te dice “hazte para allá” y puede agredir y ver con desconfianza a los trabajadores de la salud.

Ésta es una epidemia que se inserta en un mundo globalizado. Tenemos información de lo que está sucediendo en otros países y sabemos que la manera en cómo se enfrenta aquí no es muy diferente de cómo se enfrenta en países que tienen condiciones similares a las nuestras. También hay datos de otros países que pensábamos que tenían mejores condiciones en materia de salud y [cuyos] sistemas de salud se han derrumbado de manera impresionante. Esta pandemia nos ha cimbrado y nos va a seguir cimbrado por lo que representa, no vamos a salir de ella hasta que haya una vacuna y, aún con ella, esperaremos otras epidemias. Habrá que agradecer a la misma naturaleza y [a la] biología que hoy se pueden ir los más viejos —dentro de lo angustiante y cruel que es el asunto— pero no los niños; sería terrible que fuese una epidemia que atacará a los niños.

Uno de los recursos que tiene un historiador es la comparación, ¿qué ha pasado con las respuestas que han dado otros gobiernos y cómo actúa el gobierno que nos toca?

El gobierno está dando respuesta a un fenómeno como éste. No hay mecanismos de respuesta específicos para un gobierno que tenía un proyecto político y al que se le presenta algo inesperado: se ha visto en la necesidad de ir construyendo las respuestas en función del comportamiento de la epidemia y, desde mi punto de vista, eso sí marca una diferencia entre la respuesta que ha dado este gobierno y otros con economías más o menos desarrolladas que la nuestra. Si vemos el caso de Ecuador, Bolivia, Centroamérica, y vemos la respuesta del gobierno de México, creo que ha sido eficaz; si vemos la respuesta de Francia, de España, de Alemania, creo que ha sido eficaz de acuerdo a nuestras condiciones. La estrategia de aplanar la curva para procurar que el sistema de salud no se cayera, hasta ahora, ha sido una buena estrategia porque no han ocultado información, no han recurrido al sobresalto ni a falsas alarmas, y tampoco hay una actitud triunfalista.

Algo que también me parece muy importante —lo han señalado pero no lo han puesto en el centro— es el descuido y abandono de gobiernos anteriores del sistema de salud. El gobierno ha sido muy eficaz en sus respuestas, en decir: “Es un problema de salud, no politicemos el asunto”.

Los opositores al gobierno se han visto mezquinos y la población informada lo percibe, sabe que las declaraciones de expresidentes respecto a lo que estamos viviendo tienden más a politizar que ha solidarizarse en un momento como este: creo que ha sido muy acertado que el presidente deje el manejo del asunto en el equipo médico. Hoy, a pesar de que un médico, una enfermera hayan sido agredidos, en el fondo de nuestro corazón, la mayoría de los mexicanos tenemos un reconocimiento hacia este sector de profesionistas quienes, con los pocos recursos que tienen, se ve que se están fletando [y] se les agradece enormemente.

En la medida [en] que se supere este asunto, este tipo de trabajadores van a tener un amplio reconocimiento.⁶ Creo que ha sido eficaz la respuesta del gobierno, no suficiente. Eficaz [se refiere a] que lo poco que tienes lo utilices y lo pongas al servicio; suficiente no lo es, no lo sería en estas condiciones porque las desigualdades no surgieron en la epidemia, las desigualdades sociales son problemas estructurales en nuestro país y no se van a resolver en una epidemia, al contrario, hay que procurar que no se profundicen.

¿Qué se esperaría para nuestro país en un futuro?

No sabemos lo que va a suceder pero interpretamos tendencias en función de lo que sabemos. La estrategia que están siguiendo todos los gobiernos es que el problema de salud no desemboque en una crisis económica que, a su vez, nos lleve a una crisis social y política; ése es el gran reto para lo que viene. Eso no significa que en algunos países no vaya a [ocurrir]; en algunos se puede dar en función de los procesos que ya tenían antes de la pandemia. Las respuestas variarán en función del momento en que nos sorprende y de los procesos que estaban en puerta.

Entrevistada: maestra Mirta Claudia Mejía Ortega⁷

¿En este momento nos encontramos en crisis?

Sí, estamos en crisis. Recordemos que una crisis es un momento en la vida de las personas en el que ocurre un suceso inesperado de forma repentina, de tal manera que no conocemos cómo enfrentar eso nuevo que está ocurriendo y desconocemos aún de qué manera podemos resolver las situaciones que se van presentando. Sí, estamos en una crisis y durante ella echamos a andar la creatividad para poder hacer frente a las cosas.

¿Cómo se enfrentan las crisis?

Utilizando estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento son todas aquellas ideas, creencias, habilidades que echamos a andar ante una preocupación o situación: en lugar de pensar y futurizar catastróficamente —es normal que tengamos esas ideas—, en lugar de quedarme paralizada y seguir pensando en esas ideas catastróficas, pensar que va a pasar lo peor, utilizo habilidades de afrontamiento. [Un ejemplo posible es]: “bueno, eso aún no está ocurriendo y lo que sí está ocurriendo en este momento es que estoy en casa, con mi familia, estamos sacando actividades cada día”. Recurrir al “por hoy”, “por hoy estamos aquí haciendo tal tarea, tal actividad”, “tengo que echar a

6. En el mes de noviembre de 2020, en el marco de la celebración por el 210 Aniversario de la Independencia de México, el presidente Andrés Manuel López Obrador entregó 58 medallas a médicos, médicas, enfermeros y enfermeras que atendieron de forma destacada, durante meses de epidemia, a pacientes afectados por el COVID-19. El personal que fue reconocido pertenece a la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Insabi, Sedena, Semar y Pemex. En varios estados también se distinguió la labor del sector salud; es el caso de Coahuila, Guerrero y Oaxaca, entidades en las que se declaró 2021 como año del reconocimiento al trabajo del personal de salud por su lucha contra el COVID-19.

7. Especialista en terapia Gestalt, terapia en duelo, intervención en crisis, atención a víctimas de violencia.

andar todas estas actividades, no sólo pensar sino también hacer, hacer cosas". Creo que ésa es una de las características más importantes de un buen enfrentamiento de situaciones que desconocemos.

La crisis que estamos viviendo ha hecho [que yo] y mis pacientes regresemos a las cosas más básicas, las más importantes, [a preguntarnos, por ejemplo] para qué estamos en el mundo. Todos salimos a trabajar porque queremos ganar dinero para tener un mejor nivel de vida y cubrir necesidades. Generalmente pensamos en necesidades que tienen que ver con pagar la luz, el agua, la renta, tener casa, vestido y sustento que sí son importantes, pero la razón de todo eso es que no vivimos solos ¿no? Vivimos con otras personas a las que vemos todos los días [pero] con la invasión que hemos tenido de necesidades creadas, dejamos de mirarnos. Creo que esta crisis ha permitido regresar a mirar a esas personas que tenemos al lado y ¿entonces qué hacemos? Pues lo básico: preparar la comida juntos [nos] ha llevado a mirar cómo es la organización en casa, qué tanto participa cada miembro en las actividades de la casa, en sentarnos juntos y preguntarnos ¿y ahora qué hago? Porque no sabemos valorar el ocio, estábamos en una dinámica de producir, producir, producir, entonces ahorita es poder echarnos de panza en la cama un rato y decir "estoy bien" porque en este momento puedo hacerlo, puedo revisar ese libro aunque no tenga nada que ver con lo que hago cotidianamente, puedo mirar al de a lado, en mi caso, a mis hijos, mirarles su carita, sonreír con ellos, aburrirme. Aburrirte, saber qué hacer con el aburrimiento, aceptarlo, o buscar salidas; no resolverle la vida a mis hijos sino que cada quien vaya resolviendo es algo que hacemos, que estamos haciendo ahora en la crisis, mirando esas cosas básicas que son realmente el origen de todo lo que hacemos que es vivir en comunidad ¿no?

Nuestra comunidad se achicó porque estamos viviendo solamente con quienes nos acompañamos en nuestra casa. Al inicio del confinamiento parecía que íbamos a hacer lo que no habíamos hecho en nuestra vida y, de repente, la gente iba a ser la mejor madre, el mejor padre, el mejor hijo, el más hábil para esto, el más hábil para lo otro... La realidad nos está mostrando que no se trata de eso, se trata de que estemos en el presente, de que estemos al tanto de cómo cuidarnos, de cómo cuidar a los otros, el atender las indicaciones de las autoridades: hacer, también es reflexionar un rato sobre lo que es importante para mí; es recoger, hacer de comer, expresar los afectos; eso es hacer.

¿Habrá transformaciones en los procesos de duelo?

Sí, yo creo que sí. De hecho ya los estamos viviendo; el duelo ya lo estamos viendo. Sin necesidad de tener a un familiar [contagiado] o alguien conocido, este tipo de cosas hace que el duelo de una familia sea el duelo de una comunidad. Entonces, ya estamos viviendo duelos a distancia, con ausencia de un ritual de cercanía física, ya estamos viviendo el duelo de esa pérdida que tenemos todos de la sensación de omnipotencia de que cuidándonos, teniendo buenos hábitos alimenticios y hacer ejercicio implicaba que nunca nos iba a pasar nada. Se pierde esa sensación de excesiva confianza y nos devuelve un sentido de realidad de que no somos omnipotentes, que hay un universo, una naturaleza y que la naturaleza no solamente somos los humanos. Esto hace que tengamos microduelos.

En este momento se está alterando nuestra manera de mirar, incluso, las causas por las que uno puede dejar de existir.

En las personas que no puedan despedirse físicamente de sus seres queridos, habrá una transformación y no hay de otra. Afortunadamente los seres humanos somos seres con subjetividad; tenemos esta capacidad de que aunque físicamente no podamos despedirnos de un ser querido, tenemos muchos recursos internos para poder hacer este proceso de despedida. De hecho, lo hacemos muchas veces cuando la persona no tiene posibilidad de despedirse, de despedir el cuerpo de una persona, ya lo hacemos [aunque] no siempre se complica un duelo cuando las separaciones son así. Y ¿de qué depende? Pues de qué tanto hemos trabajado internamente esos lazos que nos unen a los demás, de qué tanto hemos resuelto las situaciones, [los] conflictos que hemos tenido con las personas. Esto no tiene por qué ser diferente a lo que siempre ha sido; le va a sumar una situación en la que todos potencialmente pudimos haber estado en el lugar de esa persona.

Soy de la idea de que no tenemos que pensar catastróficamente. [Creo] que hay otros recursos para despedirnos de la gente, será una historia diferente, sí, pues seguramente esas personas que están despidiéndose así están desarrollando una forma íntima, espiritual de poder despedirse y mantener el contacto con esa persona, con ese ser querido que ha fallecido. Entonces, de nuevo, entra nuestra capacidad creativa. Obviamente si tenemos muchos asuntos pendientes con la persona fallecida, si no tenemos muchas habilidades para salir adelante, si hemos vivido de manera secuencial diferentes situaciones traumáticas en nuestra vida, eso nos va vulnerando y nuestra capacidad para poder afrontar una pérdida de esta naturaleza y no poder hacer una despedida más que a distancia, será más complicado para alguien que tiene esa historia. Cuando eso sucede y si hay desarrollo de diferentes tipos de alteraciones clínicas, podemos hablar de trastornos afectivos que pueden ocurrir, pero todo depende de esta capacidad creativa que tenemos para salir adelante.

Ahorita el tema es resiliencia, ése es el tema, el cómo podemos afrontar este tipo de situaciones de una forma constructiva y aprendamos de todo esto aunque no evita el dolor. A veces confundimos salir adelante constructivamente con que no nos va a doler y sí, nos va a doler, nos está doliendo a los que estamos mirando a distancia las pérdidas de colegas, de la salud, nos está doliendo aunque la forma en que lo procesamos depende mucho de nuestra historia, de nuestras habilidades. Creo que no somos una sociedad muy sana en ese sentido porque hemos vivido impactos y experiencias en donde está involucrada la pobreza, la violencia —violencia doméstica, violencia social—. Entonces, esto que está sucediendo se está sumando a todos esos impactos de vida individual y social. En ese sentido, hay comunidades vulnerables que pueden carecer de habilidades inmediatas y desarrollar alguna alteración clínica, que ojalá sea transitoria, aunque no significa que sea definitivo. Creo que ahí está la oportunidad en esto: hacemos un recuento de la situación que está pasando, de mi relación familiar, mi relación en el trabajo, mi situación socioeconómica, todo esto servirá pero no necesariamente me va a salvar de que desarrolle o de que tenga por allí un episodio depresivo o una crisis de ansiedad, no me va a salvar de eso, pero va a servir para que yo reestructure mi estilo de vida. [En este sentido]

los apoyos externos son sumamente importantes, por eso la relevancia del trabajo en comunidad, en colectivo, que surja de sistemas pequeños hacia sistemas más grandes. Si yo tengo un buen sistema en mi entorno con mi familia, con mis vecinos, voy a tener buen pronóstico.

¿Qué podemos hacer de manera individual?

Para mí una palabra clave es “contención”, pero no [me refiero a] la contención de contener y aguantarse sino a esta capacidad de darnos soporte a nosotros mismos, de dar soporte a los demás, aceptar cuando no podemos y recibir el soporte. Ahorita se vale cualquier respuesta; es tan válido que alguien se avoque a trabajar algo que ha querido trabajar y que ahora ve la oportunidad de hacerlo, como también es válido tener una atención dispersa porque está ocurriendo algo y eso debemos aceptarlo todos. Aceptar que aunque estemos trabajando en casa y saquemos adelante proyectos, algo está ocurriendo allá afuera y eso hace que por momentos nuestra atención se focalice muy bien y esté muy concentrada, pero por momentos se disperse, y eso es normal. Hoy cualquier respuesta es válida, por eso lo importante es conocernos y darnos soporte y decir “bueno, hoy no lo hice, mañana sí”, “hoy estoy triste y estoy enojada”, “hoy estoy angustiada, mañana quién sabe. Igual y ocurre que mañana estoy más tranquila, con mayor claridad en el pensamiento”. Ya no hay guion y, como no lo hay, habremos de contenernos entre nosotros: todo se vale, hay que cuidarnos y ése tendrá que ser el objetivo, cuidarnos emocionalmente, mentalmente, físicamente. Eso sería para mí una de las palabras importantes, contención. La contención tiene que ver con el cuidado, el autocuidado y el cuidado de los demás. Ojalá este silencio, este aislamiento que tenemos nos haga escucharnos más.

Sobreviviendo un día más

Oswaldo Angeles Zavala*

El brote del SARS-CoV-2 (COVID-19) que se originó en el municipio de Wuhan, ubicado en la provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019, generó una pandemia que, hasta el 19 de abril de 2020, había reportado 2 241 778 casos confirmados de COVID-19 y 152 551 defunciones a nivel mundial. Para la misma fecha había 857 846 casos confirmados y 45 741 defunciones en América.¹

Debido a esta contingencia sanitaria, desde el inicio del brote se implementaron medidas sanitarias en todo el mundo, como el lavado frecuente de manos, el uso de cubrebocas y el uso de gel antibacterial para evitar el contagio. En México, además, se implementó la Jornada Nacional de Sana Distancia y la campaña “Quédate en casa” para hacer frente a la emergencia, luego de que en febrero del 2020 se confirmara el primer caso positivo en el país. De acuerdo con el informe diario transmitido a las 19 horas desde Palacio Nacional, la Secretaría de Salud federal informó que a finales del mes de abril había 16 752 casos confirmados y 1 569 decesos por COVID-19.²

En este contexto, las instituciones de salud, públicas y privadas, se han dado a la tarea de atender a las personas que han dado positivo a COVID-19: la labor de enfermeros, enfermeras, médicos y médicas son trascendentales pero también existen otros actores sociales fundamentales para la atención sanitaria, a quienes poco se menciona o se reducen al anonimato; las y los trabajadores de limpieza que con escobas, jergas, trapos y soluciones con cloro al 10%, hacen frente a un virus que se respira, que se impregna en los cuerpos y en las superficies, que entra por la boca, por los ojos y la nariz, y se aloja en nuestro cuerpo-persona, un virus que llegó para quedarse.

A continuación se presentan fragmentos de la entrevista realizada en la Ciudad de México, el 28 de abril de 2020, a dos trabajadoras de limpieza contratadas por una empresa subrogada de un instituto nacional de la Secretaría de Salud de México: llamaremos Claudia y Carmen a las entrevistadas, al tiempo que también se omitió el nombre de la empresa y se renombra a las personas para salvaguardar su anonimato.³

* Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Escuela Nacional de Antropología e Historia, INAH (oswaldo.angeles@yahoo.com).

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. “Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19) 20 de abril de 2020”. Disponible en: <<https://cutt.ly/AWHSwgs>>.

2. Informe diario sobre COVID-19. Secretaría de Salud, martes 28 de abril 2020. Disponible en: <<https://youtu.be/cZzx1nszkZU>>.

3. La entrevista se realizó de manera simultánea a ambas participantes, y los tres portábamos cubrebocas e intentamos mantener una “sana distancia”. Cabe mencionar que en el proceso de elaboración de este trabajo nos enteramos de que tres trabajadoras de limpieza dieron positivo a COVID-19. La tensión y el miedo que nos invade y se percibe en el nosocomio son latentes.

Claudia tiene 47 años y desde hace once trabaja en la limpieza de un hospital de tercer nivel que pertenece al Sistema Nacional de Salud (SNS). Es empleada de una empresa subrogada y, algunos días de la semana, también trabaja limpiando algunas casas de particulares.

La señora Claudia tiene estudios de bachillerato, es originaria de la Ciudad de México, está casada y es madre de tres hijos con quienes vive en la alcaldía Xochimilco. Su esposo, quien padece de vértigo y ansiedad desde hace años, trabaja como mecánico aunque, debido a la contingencia, su trabajo ha disminuido.

La señora Carmen tiene 50 años, es compañera de trabajo de doña Claudia, también labora en el hospital y para la misma empresa. Tiene estudios de secundaria, es originaria de la Ciudad de México, está casada y es madre de dos hijos: vive con ellos y con sus cuatro nietos en la alcaldía Xochimilco. Su esposo trabaja en la Secretaría de Educación Pública como intendente y su hijo trabaja en el área de mantenimiento de un hotel ubicado en Polanco.

Claudia y Carmen perciben 1 800 pesos a la quincena y laboran seis días a la semana, de seis de la mañana a dos de la tarde. Ante la situación de emergencia originada por la pandemia y al reconocer las dificultades de los trabajadores del sistema de salud para contar con los insumos de protección, consideramos pertinente indagar sobre las estrategias de cuidado que este grupo de trabajadoras de limpieza tienen hacia sí mismas, con su familia y en la institución donde laboran. Ante este planteamiento, respondieron lo siguiente.

Claudia. Pues principalmente lavándonos las manos con jabón y agua, utilizando gel, cubrebocas, usando careta. En nuestra casa pues lo mismo: a la entrada de su pobre casa ponemos una jerga con cloro, y los zapatos, de hecho, no los metemos, lo dejamos afuera. En cuanto llegamos nos quitamos la ropa de la calle, nos ponemos otra o nos metemos a bañar. En casa, las cosas que vamos a comprar al super[mercado] o a las tiendas —no son grandes las cantidades son pocas—, con trapo con agua —así como preparamos aquí la solución— las limpiamos.

¿Cómo preparan la solución?

Claudia. Aquí [en el hospital], por ejemplo, para limpiar son 900 mililitros de agua por cien de cloro: en total tenemos que traer un litro y con eso. Yo también en la casa limpio todo; lo que se puede lavar, lo lavamos, lo que no, se va limpiando. La verdura lo mismo, ya que si las lava uno, se van echando a perder.

Carmen. Pues yo igual: antes de llegar a casa paso por lo que vamos a comer, me baño, desinfecto las cosas. Antes de meterme [a la casa] dejo mis chanclitas, les pongo cloro a mis botas, les echo alcohol a las cosas y me baño luego luego. Lavo la careta con jabón y la ropa la pongo aparte.

Ya tengo mi agua preparada con la solución (cloro y agua), igual limpio las mesas con cloro; adentro de la casa tengo piso en bruto [de cemento], como se dice, limpio el piso con cloro y la verdura igual, la lavamos con cloro, limpiamos las bolsas, todo lo que llevamos también y la verdura nada más limpiamos la parte de fuera. Así nos cuidamos, bueno yo soy la única que salgo.

Estas medidas de higiene, ¿quién se las enseñó, dónde o cómo las aprendieron?

Claudia. (Risas). ¿Sabe cómo uno las aprende realmente? Preguntando a los doctores.

Carmen. Hasta ellos mismos nos las dicen. Salió porque una compañera del [piso] cero nos dijo: “Pongan la jerga con cloro”. Ya lo hacemos. La secre[taria] de la doctora del tercer piso dijo que la doctora hasta desinfecta los zapatos y yo pregunté cómo y dice: “Pues llega y limpia con cloro”. Entonces vamos sabiendo por comentarios de aquí con los compañeros, van saliendo y nos vamos enterando de cómo hacer las cosas.

Incluso los doctores, cuando venimos los domingos, nos mandan al edificio uno.⁴ A mí me mandan [...] la otra vez nos mandaron al piso donde están los de COVID, entonces yo le dije a la señorita enfermera: “Señorita, ¿aquí si es necesario cubre bocas?”, y me dice: “Sí, porque no sabemos. Nosotros nos cuidamos pero los familiares de los pacientes no sabemos”; “bueno, entonces voy a traer mi cubrebocas”, [le respondí] y me dijo: “Pero acuérdesse que los cubrebocas duran nada más dos horas”. Entonces yo pensé “bueno, si duran dos horas voy por más porque empezamos a las ocho a trabajar, pasan dos horas, me lavo las manos, me cambio de cubrebocas, me lavo las manos, me cambio de cubrebocas, me vuelvo a lavar las manos y así hasta terminar”.

¿A ustedes la empresa les da cubrebocas?

Claudia. Apenas (risas) ayer [27 de abril de 2020] nos dio eso —señala el cubrebocas de Carmen.

¿Ayer apenas? ¿Es el primer cubrebocas que les dan?

Carmen. De tela sí, porque los otros la verdad, estamos pidiendo aquí regalados [en los servicios del hospital], es la verdad.

Claudia. Donde yo vivo, un cubrebocas cuesta ocho pesos, el más sencillo, el más barato, porque hay hasta de 25 y de 50 pesos, y la verdad, digo es necesario para gastar para uno, pero la verdad uno dice “¿qué hago: o me compro un cubrebocas o compro un kilo de tortillas o compro esto?” Como le digo, ganamos poquito.

Carmen. El alcohol, la verdad, también lo estamos pidiendo regalado (risas). Nos han dado en varios pisos [del hospital]: en el [piso] cero, alcohol, en el tres, cubrebocas. La verdad, como sí ganamos poco, tampoco podemos estar comprando del diario diez cubrebocas.

4. Se omitió el nombre del edificio y del área. En ese espacio se reciben pacientes referidos por un hospital de tercer nivel del SNS. Además, en uno de los pisos se lleva a cabo el filtro para revisar a las personas que van al área de urgencias del instituto.

¿Ustedes cómo se sienten trabajando en el instituto?

Carmen. Yo la verdad, pues, un poco tranquila, aquí⁵ porque no viene mucha gente y estamos como separados cuatro metros, entonces aquí yo la verdad me siento un poco segura, pero cuando nos mandan el domingo a edificio uno, entonces ahí como —pone cara de asombro— ¡ay mamacita! Porque ahí hay más gente, ahí sí me lavo las manos quien sabe cuántas veces y me cambio el cubrebocas. Incluso el domingo, [como] traigo unos lentes, una jefa de enfermeras me preguntó: “¿Y esos lentes? ¿Usted los compró o se los dio la empresa?”. “No, son míos, yo los compré”, [le respondí]. “Con razón es la única que veo con lentes, qué bueno”. “Yo me pongo doble [cubrebocas], ¿está bien doble o cuántos?, están delgados y éstos no funcionan bien”. Me dijo: “Pues bueno, ¿y la empresa qué les ha dado?” “La verdad, nada más estos guantes y un cubrebocas diario delgado”, le dije. Ella me dijo: “Esos lentes sólo úselos para su área de trabajo e incluso si se los lleva a su casa, lávelos, desinfectelos”.

Hace como veinte días que según había un paciente con COVID en un piso: la verdad yo sí andaba asustada. Entonces fuimos a epidemiología y yo sí le pregunté “¿doctora, es cierto que hubo una doctora de un paciente que ya venía con COVID?” Me dijo: “¡Sí, y!”. “Yo estuve en ese piso, yo hice la limpieza y la verdad tengo miedo”, [y] me dijo: “¿Conoce a la doctora?”, “pues no”; “¿habló 15 minutos con la doctora?”, “no”; “¿usó guantes?”, “sí”; “¿se lavó las manos?”, “sí”; “¿entonces de qué se preocupa?”, y le dije: “Más vale preguntar a que una ande con miedo”. Ese día, la verdad, le dije a Claus (Claudia) “yo sí tengo miedo. No dicen nada, si hay un paciente con COVID no nos dicen nada, nos mandan sin nada: si una persona está infectada no nos dicen nada, ni ‘tengan su cubrebocas’ o ‘¿saben qué?, tengan un equipo especial’, tampoco”.

Claudia. De hecho sabemos que los que están conviviendo con personas con COVID tienen mascarillas especiales, trajes especiales y nosotros no.

Carmen. En un piso del edificio uno, ahí está el filtro para las personas que lleguen muy urgentes: les hacen la prueba y si dan negativo ya los pasan a otros pisos, pero si dan positivo ¡eso sí ya no sabemos!. Yo tengo miedo de ir para allá porque uno nunca sabe [llora] si toman las precauciones necesarias o nada más así, váyanse así y ya. Yo sí tengo miedo.

Carmen. De hecho, nosotras tenemos caretas porque nos las brindaron en el tercer piso así como nos brindaron los cubrebocas a todas las compañeras del edificio, porque esta empresa [señala el nombre y logotipo impreso en su uniforme] ni siquiera nos ha dicho: “Tengan unos lentes, una careta”, nada. Yo tengo caretas gracias a que me la dieron aquí [en el hospital]. Esta empresa, hay que nos cuide, no, nada, nada. Yo les digo: “¿Cómo es posible que nos manden y no nos vayan a dar lo necesario”, se lo dije a la jefa de enfermeras. La verdad esta empresa no nos da nada. Yo siempre ando cargando mi gel y una compañera me dijo: “¡Ay, ya son cuatro veces que se pone gel!”. Yo le digo: “Pues uno se cuida como se quiere cuidar; si yo me pongo cien veces,

5. Ambas trabajan en un edificio donde no hay pacientes hospitalizados y hay poco personal.

no le estoy pidiendo gel a ella". La verdad yo sí tengo miedo y me cuido y me pongo constante mi gel antibacterial.

¿Hace un momento por qué lloraba usted?

Carmen. Por miedo. Tengo miedo, miedo, no sé [llora]. Una vez escuché un comentario y le dije a mi esposo: "Oye, nos van a mandar a descansar", y me dijo: "Sí, aunque comamos huevo con frijoles, pero estás aquí". "Sí", le dije. Pero tengo mucho miedo. Miedo porque yo ya no veo las noticias porque me da miedo ver, porque así se estresa uno más. Tenemos miedo.

Después de la jornada de trabajo ambas mujeres se dirigen a sus hogares en transporte público, en los denominados peseros. Les pregunté sobre el cuidado y su sentir durante el trayecto.

Claudia. Mire, anteriormente sí tenía miedo pero ahora tengo más miedo: le tengo ahora miedo a dos cosas, a esto, al COVID porque aparte soy diabética e hipertensa, pero le tengo ahora miedo al subirme al pesero. Este viernes hizo ocho días que me asaltaron cuatro personas que se suben [...]. No nada más nos quitaron los celulares, me quitaron mi bolsa completa [donde] llevaba mi credencial de elector, mi tarjeta del banco para cobrar, mi carnet, o sea que ahorita están habiendo muchos asaltos. Ahora ya no nos tenemos que cuidar sólo de la enfermedad, nos tenemos que cuidar de la gente que está asaltando. ¿Qué nos quitan? [...] Hasta mis medicamentos se llevaron ese día. Mi esposo me tuvo que comprar, de una forma u otra, tuvo que vender unas cosas y comprarme mi medicamento, pues no era quincena, iba apenas la mitad de la quincena para nosotros.

Carmen. Pues en el transporte yo sí traigo cubrebocas, uso la careta, ando cargando siempre mi gel antibacterial: me subo al camión [y luego] me pongo el gel y trato de no agarrar nada de mis cosas personales.

Claudia. Y mejor si podemos ir paradas, un poquito alejadas de la gente, no porque una sea payasa, sino por cuidarse.

Carmen. Si de por sí uno anda mal en lo económico, vamos a andar peor. Dicen que son años en los que nos vamos a recuperar pero yo siempre cuando salgo de casa (llora) me encomiendo a Dios, y le doy gracias de que yo llegue con bien a mi casa. Llego y digo "virgencita, cuídame y protégeme. Protégeme de todos. ¿Quiénes son todos? Los seres humanos. Protégeme de todas las enfermedades habidas y por haber". Es lo que siempre digo por la salud de la casa. Diario, diario, no se me olvida. Al salir y al llegar.

Claudia. Doy gracias a Dios y le pido que llegue bien aquí [al hospital], que llegue con bien al otro trabajo. Nunca le he pedido dinero, siempre le he pedido trabajo y que estemos bien mi familia y yo, es lo que siempre le he pedido. Cuando voy en el transporte le digo: "Dios o ser más poderoso, ayúdame a llegar bien con mi familia, tú sabes bien que tengo que salir a trabajar, tengo que llegar", [y cuando] llego a su pobre casa, "muchas gracias por haberme permitido llegar aquí", [le digo]. Al otro día lo mismo, me encomiendo a él antes de venir para acá, pero sí, vivimos con miedo.

Hay que sobrevivir. Llegamos acá y nos preguntan: “¿Cómo están?” Sobreviviendo un día más, porque ahora sí yo digo “sobreviviendo un día más”. Ya es una ganancia llegar a la casa, al otro día despertar y no estar enfermos. Al menos, para mí, ya es una ganancia.

In memoriam.

Homenaje a los compañeros del INAH en tiempos de pandemia

Como antropólogos sabemos que la muerte además de ser un proceso natural es también un fenómeno socioemocional. Se trata de un aspecto estructural de las sociedades que, asimismo, ha moldeado algunos abordajes de investigación al interior de las disciplinas antropológicas, y cuyo estudio ha generado un corpus de conocimiento muy robusto desde múltiples ángulos y perspectivas.

Durante la actual pandemia de COVID-19, las diferentes manifestaciones simbólicas vinculadas con la muerte se han visto trastocadas de manera significativa: por ejemplo, los funerales y entierros de las personas fallecidas a causa del virus o por otros motivos, han sido suspendidos o modificados de manera dramática. En este contexto, los y las compañeras que se incluyen en este memorial, no han podido recibir una despedida acorde con la tradición y las prácticas culturales propias, y con la consiguiente carga emocional que trae consigo la imposibilidad de realizar el ritual deseado para ellos y ellas. Motivados por estos pensamientos, queremos realizar un pequeño homenaje en su honor con estas breves líneas que, desde luego, son insuficientes para agradecer todo su trabajo y sus contribuciones a nuestra institución, a las disciplinas antropológicas y a la población de nuestro país y del mundo.

La antropología nos ha enseñado que no se puede comprender la muerte sin los ritos, sin el duelo y sin las tradiciones que cada sociedad construye para permitir a sus seres queridos transitar al mundo de los muertos. No obstante, la difícil situación de la pandemia nos ha enfrentado con esta trágica realidad que, de manera desafortunada, ha impactado fuertemente a nuestra institución: en el plano profesional, celebramos la vida y el trabajo que cada compañera y compañero desempeñó y aportó a nuestras disciplinas. Es imposible ignorar que esta realidad que nos ha tocado vivir pone ante nuestros ojos procesos sociales, demográficos, económicos, políticos y culturales —la materia prima del estudio antropológico—, que están sucediendo y que indiscutiblemente son de interés humanístico y científico, aspectos que en los años por venir requerirán el análisis de los profesionales de la antropología. En el plano emocional, no podemos sino lamentar su partida. No existe manera en que podamos resarcir el enorme vacío que queda sin su presencia física, pero sin duda, su legado más valioso es la actividad docente, la inquietud por la investigación, la protección de nuestro patrimonio, entre muchas cosas más que caracterizaron la labor

que han desarrollado en favor de nuestra apreciada institución. En donde quiera que se encuentren siempre serán recordadas como personas valiosas para la sociedad mexicana y, especialmente, para el Instituto Nacional de Antropología e Historia, al cual dedicaron su quehacer profesional.

El adentrarse en los intrincados territorios de lo humano es una labor que siempre trae consigo satisfacciones y que, de igual forma, nos confronta con realidades diversas, algunas desconocidas, otras difíciles de asimilar. Dentro de esta última categoría se encuentra, indudablemente, la pandemia de COVID-19 y los estragos que ha causado. Debemos redoblar nuestros esfuerzos para intentar comprender cómo llegamos a este punto y por qué tanta gente —personas tan valiosas como lo son cada una de las aquí mencionadas— ha tenido que dejarnos antes de lo que hubiéramos querido. Su partida nos duele de manera inmensa, pero nos deja también la posibilidad de ahondar aún más en nuestro trabajo académico y con ello intentar comprender mejor el complejo fenómeno humano...

Bernardo Yáñez Macías Valadez*
Comité Editorial, 3 de mayo de 2021

* Dirección de Antropología Física, INAH.

María del Pilar Luna Erreguerena (1944-marzo de 2020)

Pionera de la arqueología subacuática en México, desde sus estudios como arqueóloga en la ENAH, dedicó su vida a la investigación y salvaguardia del patrimonio subacuático. Desempeñó el cargo de subdirectora de Arqueología Subacuática del INAH durante tres décadas y formó parte del grupo de expertos que trabajó en la Convención sobre la Protección del Patrimonio Cultural Subacuático de la Unesco. Mercedora de distintos reconocimientos nacionales e internacionales, su trayectoria se caracterizó por defender el valor histórico y científico del patrimonio frente a los intereses del coleccionismo.

Laura Adriana Castañeda Cerecero (1958-marzo de 2020)

Se formó como arqueóloga en la ENAH. Inició su labor profesional en el Centro INAH Puebla para luego desarrollar toda su trayectoria académica en el área de Monumentos Prehispánicos de la actual Dirección de Estudios Arqueológicos del INAH. Como investigadora, estudió distintos asentamientos prehispánicos en la Cuenca de México, como los antiguos espacios del Cerro de la Estrella, en Iztapalapa, proyecto del que también fue responsable. En los últimos años se desempeñó como subdirectora de Investigación y Conservación y fue editora de la revista *Arqueología* de la Coordinación Nacional de Arqueología de 2017 a 2020.

José Luis Badillo (1951-mayo de 2020)

Se formó como antropólogo social en la ENAH, institución en la cual fue académico por más de 30 años, dedicando su trabajo a temas como la pobreza, el indigenismo, las relaciones interétnicas y la globalización. Comenzó su incansable labor docente desde 1983 y se desempeñó como jefe de la Licenciatura en Antropología Social entre 2001 y 2005. Preocupado siempre por la comprensión y el desarrollo de la antropología en México, fue profesor de varias generaciones de la ENAH y de la UACM.

Mario Vázquez Ruvalcaba (1923-junio de 2020)

Museólogo y museógrafo mexicano que revolucionó este campo, dejando su impronta en la integración de la plástica del teatro y la danza a la antropología. De 1962 a 1964 estuvo involucrado en la creación del emblemático Museo Nacional de Antropología del que luego fue director entre 1979 y 1984. Su trabajo estuvo marcado siempre por una óptica social y una efervescencia derivada de la educación popular. Propuso una concepción de los museos como espacios extraordinarios para estimular, movilizar y, sobre todo, para efectuar cambios, tal como lo expresó en el Proyecto La Casa del Museo (1972-1980).

Sergio Arturo Montero Alarcón (1937-junio de 2020)

Estudió en la Escuela Superior de Artes Plásticas de Bratislava, formación que lo convertiría en el primer restaurador con estudios de especialización en México y en el primer restaurador del INAH. Con una trayectoria de más de 45 años, es considerado un pilar de la profesionalización de la restauración en México y uno de los fundadores de la ENCRyM, en donde contribuyó a la formación nuevas generaciones de restauradores. Gracias a su amplio conocimiento en las dimensiones creativas y espaciales de los bienes culturales, dedicaría gran parte de su carrera a la restauración de pintura mural y escultura, siendo un innovador en la restauración de obras de arte moderno.

Vicente Camacho Lucario (1964-junio de 2020)

Arqueólogo comprometido con la difusión del patrimonio cultural y director del Centro Comunitario Ecatepec Casa de Morelos, en dos ocasiones. Ahí trabajó la restauración integral del inmueble histórico convirtiéndolo en un espacio vivo en el cual impulsó, decididamente, la promoción de la cultura, la historia y las expresiones artísticas con un sentido comunitario. Durante los años noventa investigó zonas arqueológicas del área maya sosteniendo una tenaz defensa del patrimonio histórico y arqueológico de la nación. Colaboró en la Coordinación Nacional de Antropología como responsable editorial de la revista *Diario de Campo. Boletín interno de los investigadores del área de antropología* —primera época— entre 2004 y 2009.

Elio G. Alcalá Delgado (1929-julio de 2020)

Exiliado de su natal Venezuela, estudió ingeniería química en Caracas hasta el golpe militar de 1948. Proveniente de Estados Unidos, arribó a México en 1957 para formarse como antropólogo social en la ENAH. Se incorporó al INAH como investigador de la Dirección de Etnología y Antropología Social, desde su fundación en 1973. Allí desarrolló la línea de investigación sobre tenencia de la tierra, cuestiones agrarias y movimientos campesinos. Contribuyó de forma significativa a la basificación del personal de investigación, así como a la consolidación de los procedimientos de promoción e ingreso de nuevos investigadores.

Victoria Novelo Oppenheim (1942-julio de 2020)

Egresada de la ENAH, investigadora nacional y profesora emérita del CIESAS, formó parte del equipo fundador del Museo de Culturas Populares. En México, fue precursora en el campo de la antropología visual cuyas notables contribuciones se dieron en el ámbito de la fotografía. Hizo aportes significativos a la antropología del trabajo y al estudio del trabajo artesanal. Realizó investigaciones etnográficas en México y otros países, y fue coordinadora de diversos programas de arte popular.

Raúl García Flores (1965-julio de 2020)

Historiador y antropólogo estudioso del norte de México quien, desde 1998, se integró al INAH como investigador y profesor de la Escuela de Antropología e Historia del Norte de México —antes ENAH Chihuahua—. Se desempeñó con dedicación al trabajo docente así como a la investigación de la historia, la demografía y las expresiones musicales de la región norte y de la frontera de México.

Elisa Vargaslugo Rangel (1923-agosto de 2020)

Historiadora y destacada especialista en monumentos históricos. Fue designada investigadora emérita de la UNAM, en donde recibió el Doctorado Honoris Causa en 2011. Su profusa carrera estuvo dedicada a la investigación del arte virreinal así como a la enseñanza por lo que ha sido considerada un pilar de la investigación universitaria. Desde 1999, fue miembro de número de la Academia Mexicana de Historia y reconocida con el Premio Nacional de Ciencias y Artes en 2005.

Ricardo Melgar Bao (1946-agosto de 2020)

Ilustre antropólogo e historiador originario de Lima, Perú, exiliado en México desde 1977. Su eminente trayectoria inició como profesor en la ENAH para luego ser designado como investigador del INAH, institución que lo reconoció como profesor emérito. Su distinguida carrera intelectual estuvo dedicada, principalmente, al estudio de los movimientos sociales y políticos en Latinoamérica durante los siglos XIX y XX, abordándolos desde una perspectiva cultural y con un profundo compromiso social. En 1990, fue director del Colegio de Estudios Latinoamericanos y, entre 1993 y 1995, del Posgrado en Estudios Latinoamericanos de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, en donde impartió las cátedras de Historia de las ideas y de la Cultura en América Latina.

José Concepción Jiménez (1949-agosto de 2020)

Antropólogo físico apasionado de la evolución humana, y entrañable investigador de la Dirección de Antropología Física del INAH, donde trabajó por más 30 años. Fue un hombre de ciencia comprometido con el estudio de los poblamientos del ser humano temprano en nuestro país y en el continente americano. Este interés lo llevó a crear, en 2002 y junto con Antonio Pompa, el Simposio Internacional *El hombre temprano en América*. Fue responsable de la Osteoteca del INAH por casi cuatro décadas ininterrumpidamente. Ahí realizó un destacado trabajo de registro y catalogación que lo llevó a la conformación de un importante número de colecciones especiales y de los restos precerámicos más antiguos de la Cuenca de México.

Miguel Roberto Mejía Murillo (1954-agosto de 2020)

Destacado colaborador y excelente compañero que trabajó en la Coordinación Nacional de Antropología del INAH, de 1998 a 2009, donde fue, junto con Gloria Artís, cofundador y codirector de la revista *Diario de Campo. Boletín interno de los investigadores del área de antropología* —primera época—, hasta el año 2000. Durante una década, fue gerente de grupos artísticos en el INBA y, desde 2015, fue director ejecutivo de la Orquesta Filarmónica de la Ciudad de México, labor en la que se caracterizó por su desempeño ejemplar, su pasión por la música clásica y la difusión de la diversidad cultural.

Francisco Rivas Castro (1954-septiembre de 2020)

Arqueólogo y antropólogo con una amplia trayectoria, de más de 30 años, como investigador de la Dirección de Estudios Arqueológicos del INAH. Dirigió diversos proyectos arqueológicos como el Cerro Mazatepetl —“Proyecto Cerro del Judío”— y el de Escultura Teotihuacana. Realizó una importante labor docente en el posgrado de la ENAH en donde desarrollo una línea investigación que ha contribuido de manera significativa a los estudios sobre historia y antropología de la Cuenca de México.

María del Carmen Valverde Valdés (1962-octubre de 2020)

Historiadora y talentosa investigadora del Centro de Estudios Mayas del Instituto de Investigaciones Filológicas de la UNAM, en donde coordinó el Posgrado en Estudios Mesoamericanos. Su valioso trabajo académico estuvo dedicado a la religión, al simbolismo religioso y a las representaciones plásticas de la cultura maya. Fue una apreciada colaboradora en diversos espacios del INAH, en la ENAH y en la ENCRyM por su invaluable labor docente.

José Luis Ramírez Ramírez (1945-noviembre de 2020)

Apreciado compañero quien comenzó a trabajar en el INAH, en 1968, en el entonces archivo administrativo bajo dirección del arquitecto Ignacio Marquina. A partir de entonces y durante mas de 50 años, se dedicó —junto con investigadores de mucho prestigio— a construir, fortalecer y resguardar el Archivo Técnico de la Coordinación Nacional de Arqueología. Don Pepe, como prefería que le llamaran, fue un trabajador entrañable que se caracterizó por su constancia, eficiencia, respeto y por su vocación de apoyo a las labores de la investigación.

Juana Flores Rodríguez (1971-noviembre de 2020)

Ingresó al INAH en 1996. Se desempeñó como asistente de la coordinadora en la Coordinación Nacional de Antropología y, posteriormente, en el Museo Nacional de las Culturas del Mundo. Juanita, como se le conoció entre colaboradores y amigos, fue una excelente trabajadora, confiable, honesta, amable y solidaria, que destacó por su eficiencia y compromiso durante más de 20 años de labor en el INAH.

Juan Manuel Pérez Zevallos (1954-noviembre de 2020)

Talentoso etnohistoriador nacido en Perú, apasionado de la paleografía, el rescate y resguardo de los archivos que guardan la memoria de los pueblos originarios de México. Realizó su formación como etnohistoriador en la ENAH donde continuó su labor como profesor de múltiples generaciones. Realizó un importante trabajo académico como investigador en el CIESAS en el que sobresalen sus estudios sobre la organización sociopolítica y territorial de los señoríos prehispánicos, la tenencia de la tierra y las corporaciones religiosas. Sobresalen, además, sus contribuciones al conocimiento histórico y el rescate de los archivos de la región Huasteca.

Otto Schöndube Baumbach (1936-diciembre de 2020)

Notable arqueólogo jalisciense con una amplia y destacada trayectoria como investigador titular, desde 1962, y profesor emérito del INAH. Realizó incontables estudios y excavaciones en el Nevado de Toluca, Tlatelolco, Teotihuacan, Chichén Itzá, la Presa de Infiernillo y la pirámide de San Felipe los Alzati en Michoacán. Pionero por sus importantes investigaciones arqueológicas del occidente mesoamericano, y entrañable colega y formador de nuevas generaciones en la arqueología de la región, sus aportes han sido imprescindible para el conocimiento de las culturas antiguas de México.

Beatriz Barba Ahuatzin (1928-enero de 2021)

Se formó como profesora normalista y, en 1955, se convirtió en la primera arqueóloga titulada en México. Con una prominente trayectoria en arqueología, antropología y museología, investigó sitios arqueológicos junto con el connotado arqueólogo Román Piña Chan, su esposo. Fungió como secretaria de la organización del Sindicato de Antropólogos del INAH y como secretaria general de la Asociación Mexicana de Antropólogos. Fundadora del Museo Nacional de las Culturas del Mundo, abordó en las décadas de los setenta y ochenta estudios sobre la iconografía, las peregrinaciones y las romerías durante la época prehispánica, y sobre las prácticas religiosas de las culturas del mundo.

Iker Larrauri Prado (1929-enero de 2021)

Considerado un pilar de la museografía y la museología mexicana, fue un extraordinario arquitecto, artista plástico y divulgador de la historia y la cultura. Artífice de la museografía del Museo Nacional de Antropología, fue además autor de murales y piezas emblemáticas de ese recinto, así como de diversas obras de la Galería de Historia y del Museo del Caracol. Contribuyó al impulso de los museos escolares y de una perspectiva social de la museografía, y fue pionero en diversos ámbitos del quehacer cultural contemporáneo de México.

Alfonso de María y Campos Castelló (1949-enero de 2021)

Connotado diplomático e impulsor de la diplomacia cultural en México. Ocupó distintos cargos en el servicio exterior mexicano y fue director general del INAH entre 2006 y 2012. Durante su gestión, trabajó intensamente en la promoción del patrimonio histórico, arqueológico y cultural, así como en el reconocimiento de la diversidad cultural de la nación.

Luis Vázquez León (1951-enero de 2021)

Notable antropólogo formado en la ENAH y, posteriormente, en El Colegio de Michoacán y en el CIESAS. Su prestigiosa trayectoria profesional como investigador del INAH tuvo lugar de 1977 a 1995, periodo en el que realizó trabajos en distintos centros regionales. Fue coordinador y miembro fundador del Seminario de Historia, Filosofía y Sociología de la Antropología Mexicana en la DEAS y en 1996 ingresó como investigador titular al CIESAS Occidente, con sede en Guadalajara, del cual fue director en 2013. Su labor intelectual fue ampliamente reconocida por su carácter crítico y por su constante participación en la formación de varias generaciones de antropólogos.

Javier Gutiérrez Sánchez (1964-abril de 2021)

Antropólogo, docente, colega y amigo egresado de la ENAH y doctor en antropología por la UNAM. Fue un investigador sobresaliente del Proyecto Nacional Etnografía de las Regiones Indígenas de México de la Coordinación Nacional de Antropología. Destacan sus trabajos sobre ritualidad, cosmovisión, biodiversidad, migración y territorialidad entre los pueblos indígenas de Chiapas. Coordinó, junto con Aída Castilleja, la línea de investigación "Pueblos indígenas y proceso socioambientales" del proyecto entre 2012 y 2017. Mantuvo, además, una constante labor como profesor del Programa de Desarrollo y Gestión Intercultural del la UNAM.

INSTRUCTIVO PARA LOS AUTORES

Rutas de Campo es un instrumento de difusión académica que da a conocer textos resultantes del trabajo de campo (fuentes históricas, reflexiones, relatos, experiencias, anécdotas, etcétera), peritajes, resultados de eventos (seminarios, encuentros, coloquios, etcétera) que son productos de la praxis de las disciplinas antropológicas en nuestro país. Sólo se considerarán para su posible publicación los artículos y reseñas originales e inéditos, en cualquiera de las lenguas nacionales, que simultáneamente no estén sometidos a dictamen en otras casas editoras.

Modo de entrega de los originales

Los artículos propuestos se enviarán únicamente en formato digital, como archivo adjunto en un mensaje de correo electrónico, a la dirección:

pedro_ovando@inah.gob.mx

Los originales deberán incluir la siguiente información: nombre del autor, institución en la que labora, sembla breve (no más de 500 caracteres), número telefónico y dirección de correo electrónico.

Rutas de Campo acusará recibo de los originales. La publicación de cada artículo dependerá del visto bueno del Comité Editorial y un proceso de dictaminación realizado por especialistas anónimos.

Al aprobarse la publicación de un artículo, el autor deberá ceder los derechos patrimoniales sobre su trabajo y autorizar al INAH la difusión impresa y electrónica de la obra.

Elementos tipográficos

Se utilizará un solo tipo de letra (Arial) y de un solo tamaño (12 puntos), con interlineado 1.5. Los títulos se escribirán en altas y bajas. Las notas al pie serán de cuerpo menor (10 puntos). La extensión de los artículos no deberá exceder las 30 páginas.

Citas y bibliografía

Las citas en el texto deberán ser homogéneas en todo el artículo y apegarse al siguiente formato: (Apellido del autor, año de publicación: número de página). Por ejemplo: (Ravines, 1978: 607). En caso de que haya más de tres autores se podrá incluir únicamente el primero de ellos seguido de la expresión *et al.* Las citas abreviadas siempre se harán en el texto y jamás en las notas, salvo que se trate de una referencia complementaria.

La bibliografía consultada se citará al final del escrito en orden alfabético, según los apellidos de los autores. Se observará el siguiente formato:

Recursos impresos

- a. Libro completo:
Apellidos, Nombre del autor (año). *Título de la obra*. Ciudad: Editorial.
- b. Libro completo con edición diferente a la primera:
Apellidos, Nombre del autor (año). *Título de la obra* (Número de la edición). Ciudad: Editorial.
El dato de edición: asentar en primer lugar el número arábigo que le corresponde y a continuación, y sin espacio intermedio, la letra "a" en minúscula, en superíndice. Luego, y separada por un espacio, colocar la abreviatura "ed" seguida de un punto. Ejemplo: (4^a ed.), (3^a ed. rev.). No debe hacerse constar la edición cuando se trata de la primera.
- c. Libro completo con reimpresión:
Apellidos, Nombre del autor (año de la primera publicación/ año de reimpresión). *Título de la obra* (Número de reimpresión). Ciudad: Editorial.
El dato de reimpresión se escribe igual que el dato de edición (7^a reimpresión), (4^a reimpresión). La palabra reimpresión no se escribe con mayúscula inicial y no se abrevia.
- d. Libro con editor o compilador: a continuación del nombre del responsable de la publicación consultada se puede consignar su función o cargo; en el caso de que sea un editor, se colocará (ed.), compilador (comp.), director (dir.) colaborador (colab.), organizador (org.), etcétera.
- e. Capítulos de libro:
Apellido, Nombre del autor (año). "Título del capítulo". En *Título de la obra* (pp. xxx- xxx). Ciudad: Editorial.
- f. Artículos de periódicos:
Apellido, Nombre del autor (día, mes, año). "Título del artículo". *Nombre del periódico*, pp. xx-xx.
En relación con las páginas: indicar las secciones del periódico con las letras del alfabeto en mayúscula (ej.: p. A1-A2). Si el artículo abarca más de dos páginas y éstas son seguidas, indíquelas como en el ejemplo anterior. Si las páginas no son seguidas, sepárelas con una coma (ej.: p. A1, A4). Si el artículo no está firmado, el título reemplaza al autor.
- g. Artículos de revistas:
Apellido, Nombre del autor (año). "Título del artículo". *Nombre de la publicación, volumen* (número), pp. xx-xx.
Si la revista no tiene volumen, se deja el número en cursiva, sin utilizar paréntesis.
- h. Tesis:
Apellido, Nombre del autor (año). *Título* (Tesis de Licenciatura, Maestría o Doctorado). Nombre de la Institución Académica, Ciudad.
Todas las palabras significativas que componen la denominación completa de las instituciones académicas van en mayúscula.
- i. Ponencias o conferencias:
Las actas de congresos pueden publicarse en libros o publicaciones periódicas. Citar las actas publicadas en un libro, utilizando el mismo formato para citar libros o capítulos de libros. Y para citar actas que se publican de una manera habitual, emplear el mismo formato que se utilizaría con una publicación periódica.

Recursos no publicados

- j. Ponencias o conferencias no publicadas:
Apellido, Nombre del autor (mes, año). *Título de la ponencia*. Trabajo presentado en Nombre Completo del Evento de Nombre Completo de la Organización o Institución Organizadora, Ciudad.
Todas las palabras significativas que componen la denominación completa de las ponencias y las organizaciones que las realizan van en mayúscula.

Recursos electrónicos o de internet

- k. Libro en versión electrónica:
Apellido, Nombre del autor (año). *Título de la obra*. Recuperado de: <http://www.xxxxxx.xxx>.
- l. Libro en versión electrónica con DOI:
Algunos libros electrónicos cuentan con una serie alfanumérica única, DOI, por sus siglas en inglés (Digital Object Identifier), asignada por la editorial a un documento en formato electrónico, ésta permite identificar contenidos y provee un enlace consistente para su localización en internet. Actualmente, no todos los documentos tienen DOI. Pero si lo tienen, hay que incluirlo como parte de la bibliografía:
Apellido, Nombre del autor (año). *Título de la obra*. DOI: xx.xxxxxxx
En la bibliografía, la palabra DOI se escribe sin versalitas.
- m. Documento obtenido de un sitio web:
Apellido, Nombre del autor (año). "Título del documento". *Nombre del sitio web*.
Recuperado de: <http://www.xxxxxx.xxx>.
- n. Artículos de publicaciones periódicas electrónicas:
Apellido, Nombre del autor (año). "Título del artículo". *Nombre de la publicación, volumen* (número), p.-p.
Recuperado de: <http://www.xxxxxx.xxx>.
Cuando el artículo tiene DOI se indica este dato en la bibliografía y se omite la dirección URL.
- ñ. Artículos de revistas académicas recuperados de una base de datos:
Apellido, Nombre del autor (año). "Título del artículo". *Nombre de la publicación, volumen* (número), p.-p.
Recuperado de Nombre de la base de datos.
- o. Abstract de un artículo de revista académica recuperada de una base de datos:
Apellido, Nombre del autor (año). "Título del artículo". *Nombre de la publicación, volumen* (número), p.-p.
Abstract recuperado de: Nombre de la base de datos.
En la bibliografía la palabra "Abstract" no se escribe con cursivas.
- p. Informes:
Nombre Completo de la Organización (año). "Título del informe". Recuperado de: <http://www.xxxxxx.xxx>.
Todas las palabras significativas que componen la denominación completa de las organizaciones van en mayúscula.
- q. Ponencias o conferencias recuperadas *on-line*:
Utilice el mismo formato que se presenta para ponencias o conferencias no publicadas y al final indique una ruta de acceso web apoyándose en la forma: Recuperado de: <http://www.xxxxxx.xxx>.
- r. Contribuciones en blog:
Apellido, Nombre del autor (día, mes, año). "Título del post" [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://www.xxxxxx.xxx>.
Si el nombre completo del autor no está disponible, utilice el nombre de usuario (*nickname*).
Proporcione la fecha exacta de la publicación.

Consideraciones particulares

- En el caso de citar un texto escrito por dos o tres autores: colocar "y" entre los dos últimos.
- En el caso de que se cite un texto de más de tres autores escriba el apellido y el nombre del primero, seguido, sin comas, de la abreviatura en cursivas "et al." (que significa "y otros", para indicar que hay varios autores más).
- Cuando en un libro se considera como autor a una institución, se debe escribir el nombre completo de dicha institución, sin abreviaturas.
- Cuando se trate de un código, el nombre de éste ocupará el lugar del autor y se resaltará mediante cursivas. Ejemplo: *Código Dresde*.
- Cuando un autor tenga más de un libro publicado en un año específico, se debe diferenciar con las letras del abecedario, en minúsculas. Se debe hacer la anotación en el párrafo donde se colocó la cita y en las referencias bibliográficas.
- Si existen datos importantes para efectos de identificación y recuperación de la obra consultada, se colocan entre corchetes inmediatamente después del título. Ejemplos: [edición especial], [resumen], [volumen], [material complementario], etcétera. Cualquier otro dato obtenido fuera de la obra, también se consigna entre corchetes. En el caso de colecciones, la información se ordena después del nombre de la editorial.
- Si el material de consulta no tiene fecha de publicación, colocar la abreviatura: (s.f), siempre entre paréntesis y en redondas.
- Si el lugar de edición del material de consulta no se puede determinar de ninguna manera, se escribirá la abreviatura latina "s.l." (*sine loco* = sin lugar) entre paréntesis y en redondas. Ejemplo: (s.l.)
- Si la obra que se consultó está pronta a publicarse, colocar entre paréntesis el siguiente texto: (en prensa).
- No se escribe punto después de la dirección web (URL) o del número DOI, para que el punto no se considere parte de la cadena o liga.

Las colaboraciones no se tomarán en cuenta para su evaluación hasta que cubran la totalidad de los requisitos enunciados previamente. El envío de materiales a *Rutas de Campo* implica el acuerdo y firma de la declaración de originalidad del trabajo escrito y de posesión de los derechos para uso y publicación de las imágenes y recursos complementarios que lo acompañan.



CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA



INAH

