



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

# LICENCIATURA EN ESTUDIOS SOCIALES Y GESTIÓN LOCAL

Escuela Nacional de Estudios  
Superiores, Unidad Morelia

De conocimientos, percepciones y prácticas de  
cuidado a la salud en jóvenes universitarios de  
Morelia, durante la contingencia por COVID-19.

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN ESTUDIOS SOCIALES Y GESTIÓN  
LOCAL

P R E S E N T A

LEON AMILCAR PALOMARES MAGAÑA

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Yeri Paulina Mendoza Solís

MORELIA, MICHOACÁN

AGOSTO, 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Título**

De conocimientos, percepciones y prácticas de cuidado a la salud en jóvenes universitarios de Morelia, durante la contingencia por COVID-19.

**Autor**

Leon Amilcar Palomares Magaña

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)  
Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad Morelia (ENES)  
2023.

**Diseño Editorial**

Diane Gallardo Becerra



ESCUELA  
NACIONAL  
de ESTUDIOS  
SUPERIORES  
**UNM**  
UNIDAD MORELIA

**10**  
años  
(2011-2021)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD MORELIA  
SECRETARÍA GENERAL  
SERVICIOS ESCOLARES

**MTRA. IVONNE RAMÍREZ WENCE**

DIRECTORA

DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

**P R E S E N T E**

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la **sesión ordinaria 05** del **Comité Académico** de la **Licenciatura en Estudios Sociales y Gestión Cultural** de la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES), Unidad Morelia, celebrada el día **30 de mayo de 2023**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para la presentación del Trabajo Profesional del alumno **Leon Amilcar Palomares Magaña** de la Licenciatura en **Estudios Sociales y Gestión Cultural**, con número de cuenta **41812715-3**, con el trabajo titulado: **"De conocimientos, percepciones y prácticas de cuidado a la salud en jóvenes universitarios de Morelia, durante la contingencia por COVID-19"**, bajo la dirección como tutora de la **Dra. Yeri Paulina Mendoza Solís**.

El jurado queda integrado de la siguiente manera:

<b>Presidente:</b>	Dr. Mario Martínez Salgado
<b>Vocal:</b>	Mtra. Nallely Torres Ayala
<b>Secretario:</b>	Dra. Yeri Paulina Mendoza Solís
<b>Suplente:</b>	Dra. Mónica Lizbeth Chávez González
<b>Suplente:</b>	Dr. Julián Santaella Tenorio

Sin otro particular, quedo de usted.

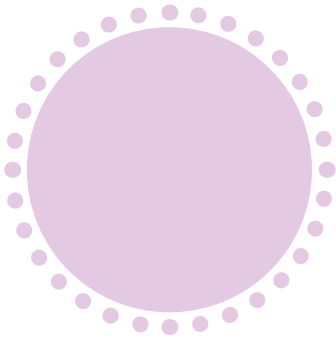
Atentamente  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
Morelia, Michoacán a 21 de agosto de 2023.

**DRA. YUNUEN TAPIA TORRES**  
SECRETARIA GENERAL

---

**CAMPUS MORELIA**

Antigua Carretera a Pátzcuaro N° 8701, Col. Ex Hacienda de San José de la Huerta  
58190, Morelia, Michoacán, México. Tel: (443)689.3500 y (55)5623.7300, Extensión Red UNAM: 80614  
[www.enesmorelia.unam.mx](http://www.enesmorelia.unam.mx)



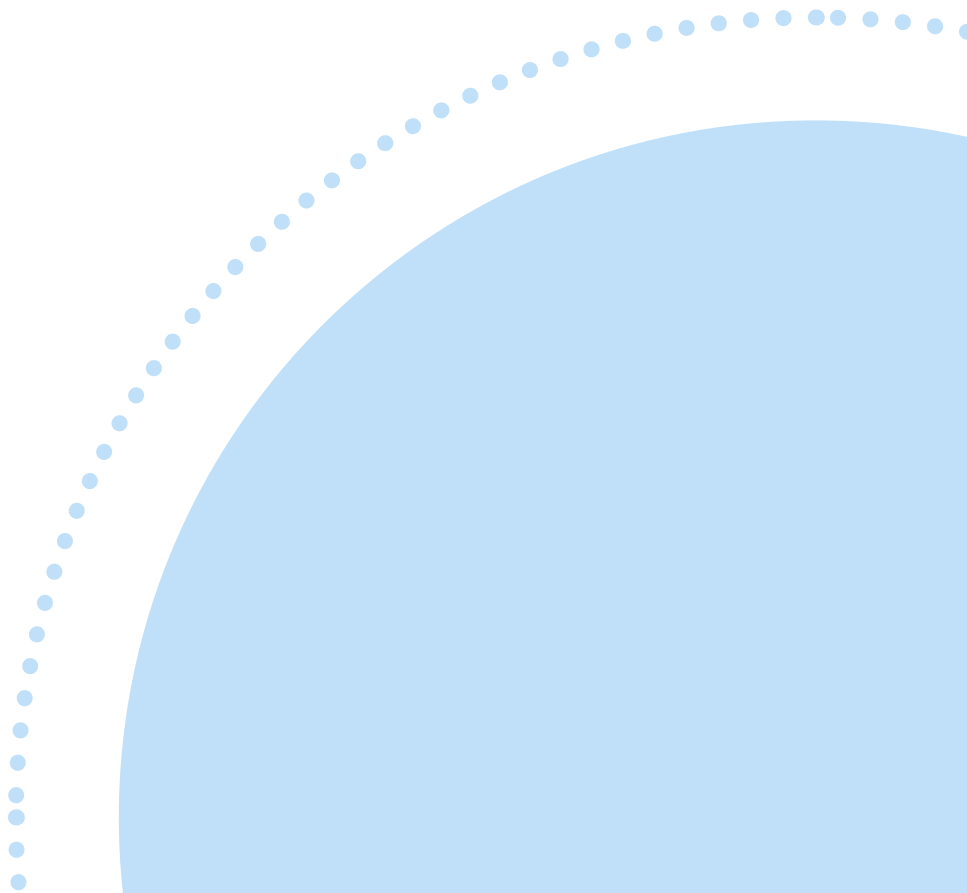
# **AGRADECIMIENTOS INSTITUCIONALES**

Agradecimiento a la Licenciatura en Estudios Sociales y Gestión Local, a la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad Morelia. A quienes formaron parte de lo que hoy es mi experiencia universitaria.

Reconocimientos especiales a mi asesora la Dra. Yeri Paulina Mendoza Solís quién acompañó y guio durante la investigación, además de formar parte del jurado sinodal en conjunto con: el Dr. Mario Martínez Salgado, la Mtra. Nallely Torres Ayala, la Dra. Mónica Lizbeth Chávez González, y al Dr. Julian Santaella Tenorio, quienes de formas distintas dieron lugar a lo que hoy es este manuscrito.

# AGRADECIMIENTOS PERSONALES

A quienes escribieron, hablaron, apoyaron, acompañaron, comentaron y debatieron durante mi proceso formativo, social y personal. Es decir, a quienes estuvieron durante la búsqueda, comprensión y entendimiento de lo “esencial”.



# ÍNDICE

10	<b>Resumen.</b>
11	<b>Abstract.</b>
<hr/>	
12	<b>Introducción.</b>
14	Planteamiento del problema.
18	Justificación.
19	Objetivo general.
19	Objetivos específicos.
19	Marco Teórico-Methodológico.
21	Capitulado.
<hr/>	
22	<b>Capítulo 1: Marco teórico-metodológico.</b>
22	1.1 Introducción.
23	1.2 Los procesos de Salud - Enfermedad - Atención.
24	1.2.1 Cuestionamientos sobre la salud y la enfermedad.
29	1.2.2 Los conjuntos de elementos en los PSE.
35	1.2.3 Abordajes Socioculturales.
38	1.2.4 Antropología Médica y de los Cuidados.
41	1.2.5 Prácticas y Representaciones Sociales en torno a la Salud.
45	1.3 El Proceso Metodológico.
48	1.3.1 El Triple Autodiagnóstico.
53	1.3.2 Cuestionario.
56	1.3.3 Entrevistas semiestructuradas.
58	1.3.4 Consideraciones Éticas.
<hr/>	
60	<b>Capítulo 2: Habitar en Tiempos de COVID-19.</b>
60	2.1 Introducción.
61	2.2 Periodos clave de la contingencia por COVID-19.
65	2.2.1 Primer momento: Confinamiento total.
67	2.2.2 Segundo momento: Reactivación económica.
69	2.2.3 Tercer momento: La nueva normalidad.
70	2.2.4 Cuarto momento: Retorno.
71	2.3 Las juventudes, sus grupos y entornos sociales.
72	2.3.1 Cambios, desplazamientos, y habitabilidad de la vivienda.
83	2.3.2 Traslados de lo recreativo y de esparcimiento hacia lo virtual.
87	2.3.3 Transformaciones en las dinámicas en entornos formativos.
96	2.4 Reflexiones finales.

<b>98</b>	<b>Capítulo 3: Prácticas y Representaciones Sociales alrededor de la Prevención de la COVID-19.</b>
98	3.1 Introducción.
99	3.2 La prevención.
102	3.2.1 Uso de Cubrebocas.
107	3.2.2 Sanitización.
110	3.2.3 Sana Distancia.
113	3.2.4 Vacunación.
118	3.2.5 Cambios en la percepción de los procesos de prevención.
122	3.3 Reflexiones finales.
<b>126</b>	<b>Capítulo 4: Cambios y transformaciones en Salud, Enfermedad y Atención.</b>
126	4.1 Introducción.
128	4.2 Aprendizajes en torno a la salud y la enfermedad.
133	4.2.1 Infodemia.
137	4.3 Procesos efectuados para cuidar y atender durante el contagio.
140	4.3.1 La autoatención en el entorno familiar.
142	4.3.2 El aislamiento durante el contagio.
146	4.4 Retos y estrategias en la atención a la salud física y mental.
149	4.4.1 Deporte.
151	4.4.2 Ocio y descanso.
154	4.4.3 La atención mental.
159	4.5 Reflexiones finales.
<b>161</b>	<b>Conclusiones.</b>
<b>172</b>	<b>Referencias.</b>
<b>180</b>	<b>Anexos.</b>
180	Anexo 1
181	Anexo 2
182	Anexo 3
187	Anexo 4



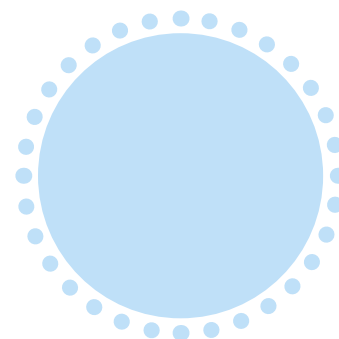
# ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>22</b>	<b>Capítulo 1: Marco teórico-metodológico.</b>
29	Diagrama 1. <i>Conjuntos de los Procesos de Salud-Enfermedad.</i>
54	Gráfica 1. <i>Distribución por género de participantes en el cuestionario.</i>
55	Gráfica 2. <i>Distribución por año de ingreso a la universidad.</i>
<b>60</b>	<b>Capítulo 2: Habitar en Tiempos de COVID-19.</b>
64	Diagrama 2. <i>Línea del Tiempo.</i>
72	Diagrama 3. <i>Grupos y entornos en los que interactúan las juventudes.</i>
74	Gráfica 3. <i>Distribución de cohabitación por tipo de vivienda.</i>
75	Gráfica 4. <i>Cohabitación en el hogar, según tipo de relaciones.</i>
78	Gráfica 5. <i>Personas que comparten habitación.</i>
93	Gráfica 6. <i>Relación porcentual de trabajo según el género, antes y durante la contingencia sanitaria.</i>
<b>98</b>	<b>Capítulo 3: Prácticas y Representaciones Sociales alrededor de la Prevención de la COVID-19.</b>
101	Gráfica 7. <i>Regularidad de uso o realización de las distintas medidas de seguridad.</i>
111	Gráfica 8a. <i>Regularidad realización de las distintas medidas de seguridad.</i>
111	Gráfica 8b. <i>Regularidad realización de las distintas medidas de seguridad.</i>
116	Gráfica 9. <i>Nociones generales sobre la vacunación: seguridad, desconfianza e indiferencia.</i>
119	Gráfica 10. <i>Contraste respecto a la realización de medidas de seguridad sanitarias, antes y durante de la contingencia sanitaria.</i>
120	Gráfica 11. <i>Condiciones en las que se optó por omitir una o más estrategias de seguridad.</i>
122	Gráfica 12. <i>Opiniones de uso de las medidas de seguridad, a futuro.</i>

---

**126** **Capítulo 4: Cambios y transformaciones en Salud, Enfermedad y Atención.**

- 129 Gráfica 13. *Realización de pruebas para diagnóstico de COVID, según el tipo.*
- 132 Gráfica 14. *Consideraciones subjetivas sobre cuán informados se consideraban las juventudes respecto a la salud propia.*
- 136 Gráfica 15. *Personas, recursos o redes para la información en salud.*
- 141 Gráfica 16. *Participación en actividades de cuidado y atención, antes y durante la contingencia sanitaria, por género.*
- 145 Gráfica 17. *Actividades realizadas de forma simultánea al padecimiento de COVID-19.*
- 148 Gráfica 18a. *Regularidad de realización de actividades varias.*
- 148 Gráfica 18b. *Regularidad de realización de actividades varias.*
- 156 Gráfica 19. *Porcentajes de regularidad con la que las y los jóvenes universitarios asisten con algún profesionalista en salud mental.*
- 



# Resumen



El presente estudio es una aproximación a las transformaciones en las prácticas, percepciones y conocimientos en torno a la salud y la enfermedad desde la experiencia de estudiantes universitarios, en la ciudad de Morelia, durante los dos primeros años de contingencia por COVID-19. Un acontecimiento pandémico que ocasionó cambios en los ámbitos económicos, políticos y ambientales de la sociedad, pero que, en la experiencia de las y los jóvenes universitarios y sus entornos inmediatos, implicó una serie de retos respecto a la habitabilidad, la interacción social, el autocuidado y la prevención de padecimientos.

El estudio propone analizar las relaciones entre prácticas, representaciones sociales y su relación con las condiciones de vida, para comprender el sentido de los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención que experimentaron las y los estudiantes universitarios durante sus estudios universitarios en pandemia. La investigación, repasa en los aspectos a gran escala y sus efectos en los estilos de vida de las y los jóvenes, y también apunta a conocer los procesos de adaptación y transformación que habitaron desde lo individual con impactos en la colectividad. Para esto se retomaron corrientes como la antropología médica y la epidemiología sociocultural, y se utilizó una metodología de análisis mixto que constó de tres fases: el Triple autodiagnóstico, un cuestionario con características descriptivas y entrevistas semiestructuradas a profundidad.

Los resultados indican que la pandemia tuvo un impacto significativo en los estilos de vida de los estudiantes universitarios, con cambios que van desde la reorganización de espacios y la reestructuración de las redes de apoyo, pero también en sus prácticas y percepciones sobre prevención, cuidado y atención a la salud y enfermedad, visto como un proceso que se va modificando a lo largo del tiempo al estar influenciado por los retos que atravesaban individual o colectivamente. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para el reconocimiento de los efectos de este acontecimiento en los jóvenes y el papel de las juventudes como agentes en los procesos de salud-enfermedad-atención, en contextos de crisis sanitaria y emergencia pública.

## **Palabras claves:**

Procesos de Salud-Enfermedad-Atención; COVID-19;  
Estudiantes Universitarios; Prácticas Sociales;  
Representaciones sociales; Juventudes.

# Abstract



The following research emerged as an approximation towards the social practices and representations around health and disease from the experience of university students, in Morelia, considering the effects that took place during the first two years of emergency of COVID-19. These effects may vary from economic, political, environmental configurations in society, in which a phenomenon of this magnitude led to challenges within the habitability, social interactions, self-care, and prevention of illnesses.

The study proposes to analyse the relationships between practices, social representations, and their relation to living conditions, in order to understand the meaning of the Health-Disease-Care Processes that young people experienced during their university studies in the pandemic. The research focuses on large-scale aspects and their effects on the lifestyles of young people, and aims to understand the processes of adaptation and transformation that occurred at the individual level with impacts on the community. To do this, currents such as medical anthropology and sociocultural epidemiology were revisited, and a mixed analysis methodology consisting of three phases: the Triple self-diagnosis, a survey with descriptive characteristics, and in-depth semi-structured interviews.

The results indicate that the pandemic had a significant impact on the lifestyles of university students, with changes ranging from the reorganisation of spaces and restructuring of support networks, but also in their practices and perceptions about prevention, care, and health and illness management, seen as a process that is modified over time by the challenges that they faced individually or collectively. These findings have important implications for recognizing the effects this context of health crisis and public emergency caused on young people, as well as the recognition of their participation had on the Health-Disease-Care Processes.

**Keywords:**

Health-Sickness-Care Processes; COVID-19; University Students; Social practices; Social representations.

# Introducción

---

La cepa de coronavirus conocida bajo el nombre de COVID-19<sup>1</sup> fue descubierta en diciembre del 2019 en Wuhan, China. Esta cepa ocasiona a quien la padece distintas afecciones en el cuerpo desde presentar síntomas menores, como fiebre, tos o dificultad para respirar; hasta padecimientos de gravedad, al causar neumonía, síndrome agudo respiratorio severo abreviado SARS-CoV-2, insuficiencia renal y en algunos casos, la muerte (OPS, Coronavirus, 2023). Debido a esto, la Organización Mundial de Salud declaró la pandemia por dicho virus el 11 de marzo del 2020 (OMS, [2020] en Tavera-Fenollosa y Martínez, 2021), acontecimiento que tuvo impacto en México, hasta el 30 de marzo del mismo año con la declaración de la contingencia sanitaria emergente (Miranda, P., y Morales, A. 2020).

Sobre la COVID-19, fuera de sus características etiológicas, hay que reconocer dos aspectos que permiten entender la experiencia que se vivió y se vive en torno a ella: por un lado, sus afectaciones en distintas escalas al repercutir en las sociedades en los ámbitos económico, político, cultural o ambiental; por otro lado nos permite observar la forma en que una enfermedad puede traspasar las vidas de las personas como individuos, así como denotar efectos en la salud pública y colectiva, escalas que interactúan constantemente entre sí (Herrera Galeano & Rico Malacara, 2021).

Por las características de contagio del COVID-19, dada su transmisión por partículas de agua que podían entrar vía nasal, bucal o por los ojos, se implementaron varias estrategias gubernamentales para mitigar o reducir los riesgos de contagio en distintos espacios. Medidas de seguridad como el uso de gel antibacterial, uso de cubrebocas, toma de temperatura, desinfección de calzado, o la reducción del contacto social a través del cierre de espacios como escuelas, comercios, establecimientos, oficinas públicas y otros espacios sociales, y la

---

<sup>1</sup> A lo largo del texto, se hará uso de los artículos femenino y masculino, dado que el artículo “el” es utilizado para nombrar al virus como referencia a la enfermedad que ocasiona, mientras que el artículo “la” denota la relación que posee con la palabra “enfermedad”. Pero no hay obligatoriedad sobre el uso de uno u otro artículo.

transformación de la modalidad de funcionamiento de distintas actividades a una modalidad virtual (Tavera-Fenollosa y Martínez, 2021; Herrera Galeano & Rico Malacara, 2021; Anzaldúa Arce, 2021).

Estas medidas han llevado a reconocer o pronunciar las desigualdades ya existentes en la sociedad, al mostrar tanto las diferencias entre individuos, como entre comunidades y naciones (Méndez, 2021), en términos de la distribución de recursos, de acceso a los servicios de salud, las estrategias de comunicación, y otras complicaciones. En estas condiciones, la presente investigación pretende estudiar, a partir del uso de herramientas para el análisis cualitativas, las modificaciones en los conocimientos, prácticas y percepciones acerca de la salud y el cuidado entre los estudiantes universitarios jóvenes en la ciudad de Morelia, desde marzo de 2020 hasta marzo de 2022 durante la crisis sanitaria generada por el COVID-19.

La combinación del proceso formativo en la licenciatura en Estudios Sociales y Gestión Local, por la UNAM ENES Morelia, junto con el *“Diplomado en Antropología Médica y Salud: Alcances y Prioridades Sociales”* ofertado por el CIESAS Unidad Pacífico Sur, ha sido fundamental para abordar de manera integral el objetivo de esta tesis. La formación en Estudios Sociales y Gestión Local ha proporcionado una base sólida en el desarrollo de herramientas de investigación, el análisis crítico de la información y la comprensión de los procesos, desde la multidisciplinaria, que en conjunto con el abordaje crítico de los procesos de salud-enfermedad-atención en el diplomado en Antropología Médica y Salud, favorecieron la consolidación de un enfoque multidimensional en el análisis de los impactos de la contingencia sanitaria por COVID-19 en los jóvenes universitarios de Morelia.

## Planteamiento del problema

Los efectos que tuvo la COVID-19 en distintos estratos, grupos y aspectos de la sociedad, han dado lugar a la realización de una nueva línea de estudios al respecto, sea como parte de un acontecimiento en el tiempo, o desde las implicaciones que tuvo la emergencia sanitaria en distintas líneas de análisis, desde la economía, la política, la comunicación, la salud, pedagogía, u otras ciencias. Debido a esta variedad de enfoques, es conveniente abordar la contingencia sanitaria desde su entendimiento como un evento “disruptivo del orden social” (Herrera Galeano y Rico Malacara, 2021), al ser un fenómeno que llevó a la reconfiguración de los patrones de comportamiento establecidos y llevar hacia la adopción de nuevos.

En consonancia, autores como Anzaldúa Arce (2021) y Tavera-Fenollosa y Martínez (2021), abordaron la pandemia como un *acontecimiento*, siguiendo la conceptualización por parte de Foucault, haciendo referencia a un momento histórico, que dio lugar a rupturas en los procesos sociales al emerger de forma inesperada, ocasionando interrupciones, y transformaciones en los estilos de vida. Debido a esta situación, la pandemia ha sido entendida principalmente como un acontecimiento, que nos permite marcar la historicidad en torno a un fenómeno, y comprender la organización social, desde distintos ejes: *antes* de la pandemia, *durante* la pandemia, y *después* de la pandemia.

Entonces, es desde este carácter histórico y de transformaciones en la sociedad, que surgieron estudios con relación a diferentes ejes temáticos como lo es la evaluación de políticas públicas (Knaul et al., 2021), los efectos del confinamiento en las adicciones en grupos juveniles (Sixto-Costoya, 2021), las transformaciones políticas en México dentro de las redes sociales a causa de la pandemia (García-Rodríguez et al. 2021) y la habitabilidad (Arias Guzmán, et al. 2021). Esta variedad de estudios es aún más amplia. Sin embargo, para la investigación que propongo me interesa analizar los cambios en las prácticas, conocimientos y percepciones en materia de salud y cuidados, en jóvenes universitarios en Morelia durante la contingencia sanitaria por COVID-19.

En la investigación, retomo como antecedentes los estudios sociales sobre COVID-19 que involucran el análisis con estudiantes universitarios o las instituciones educativas de nivel superior, desarrollados por Tavera-Fenollosa y Martínez Carmona (2021), Peláez-Ballestas et al. (2021), y Anzaldúa Arce (2021). Considero

estos casos porque parto del entendido de que la situación actual de pandemia por COVID-19 ha implicado cambios en la percepción, atención a la salud y las formas en que los cuidados son desarrollados o implementados por las y los jóvenes que han cursado parte de sus estudios superiores durante la pandemia, que les ha implicado transformaciones que traspasan sus vidas en diferentes sentidos, como la economía, política, sociabilidad, habitabilidad de los espacios.

Por un lado, Tavera-Fenollosa y Martínez Carmona (2021) realizaron un estudio compuesto por un cuestionario y grupos focales aplicado con estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la Ciudad de México, con la finalidad de identificar los cambios provocados por la crisis sanitaria por COVID-19 en la adquisición de nuevas prácticas y la modificación de estas en el ámbito cognitivo, familiar, educativo y social de los jóvenes.

Como parte de los resultados, en lo personal y psicológico, las y los jóvenes manifestaron ansiedad e incertidumbre durante el aislamiento y el traslado de actividades a la modalidad virtual, y además se identificaron efectos de mayor intensidad en las mujeres que participaron en dicho estudio al reportar con mayor frecuencia el padecer ansiedad y depresión. En lo educativo, el cambio de modalidad se tradujo en un proceso de adaptación de los estudiantes, pero este proceso dio lugar a varias rupturas en la forma de relacionarse con profesores, compañeros/as, amigos/as y pareja. Y en el entorno familiar, el aislamiento instaurado por la contingencia sanitaria motivó a las juventudes universitarias a una revaloración de la convivencia familiar, en su mayoría mejorando las relaciones con la familia nuclear (Tavera-Fenollosa y Martínez Carmona, 2021).

Peláez-Ballestas *et al.* (2021) realizaron una comparación respecto a la experiencia entre dos fenómenos epidemiológicos, a partir de la información surgida por dos cuestionarios aplicados a estudiantes universitarios: uno realizado durante la pandemia por influenza A(H1N1) y otro sobre la COVID-19; ambos cuestionarios fueron aplicados a los estudiantes de la UNAM, en Ciudad de México, durante el periodo que corresponde al surgimiento de cada padecimiento respectivamente. Con estos estudios evaluaron el conocimiento sobre cada pandemia, la percepción



de los riesgos, las reacciones emocionales, el impacto familiar, social y económico, las prácticas de prevención, información e interacción social, y las implicaciones que tuvieron estos factores en la cotidianidad.

Entre sus hallazgos, Peláez-Ballestas *et al.* (2021) encontraron que los estudiantes reconocían que el origen de la pandemia está asociado a la pérdida de vínculos humano-naturaleza, además que los impactos psicológicos han sido mayores en las mujeres durante la pandemia por COVID-19, afectando su bienestar y seguridad. Además, se presentó un cambio entre la pandemia sobre los medios de información, dado que los autores afirman que estos se han diversificado y ampliado su acceso, en términos de disponibilidad y conectividad a estos. Finalmente, identificaron que la adopción de medidas de seguridad durante la COVID-19 se ha demarcado como un acto de vigilancia a sí mismos con mayor rigidez, por ejemplo, al tomar en cuenta que durante COVID-19 se ha procurado mantener sana distancia y mantener el uso de cubrebocas con mayor frecuencia que durante la pandemia por influenza A(H1N1).

Finalmente, Anzaldúa Arce (2021), hizo una descripción de las condiciones en las que habitaron las y los jóvenes universitarios durante la pandemia a nivel nacional en México, a partir de informes internacionales y nacionales diversos, sobre las afectaciones económicas, sociales, y a la salud física y mental que padecieron. De este modo, con una descripción general sobre los impactos de la contingencia, el autor aborda los impactos en las subjetividades de las y los jóvenes universitarios, sobre lo que destacó la presencia de ansiedad, miedo, depresión, estrés, que surgieron de la incertidumbre ante el padecimiento. A partir de estos impactos, clasificó los posicionamientos que podían tomar en las y los estudiantes universitarios en torno a la COVID-19, en las siguientes categorías: el negacionismo, la represión de los afectos, la justificación y racionalización, las actitudes egocéntricas, la paranoia, y los procesos depresivos.

Con esto, el autor pretendió explicar la postura que tomaban las juventudes, a partir del contexto que habitaban, y la información y los servicios a los que accedían. De forma que había actitudes que se originaban desde la individualidad, sea evadiendo restricciones sanitarias al actuar desde los intereses

y deseos (egocentrismo); la omisión de medidas al negar o refutar la evidencia en torno a las afectaciones de la enfermedad (negacionismo); el uso inadecuado de las estrategias, justificando una menor probabilidad considerando innecesario un seguimiento de las medidas de forma continua, por ejemplo, omitiendo el cubrebocas de tanto en tanto (justificación y racionalización). O también, identificó actitudes que surgen desde un aspecto más colectivo: los procesos depresivos que emergieron por las pérdidas que enfrentaron; la paranoia y preocupación que emergió por la experiencia de otros ante la enfermedad, y la limitación de las expresiones afectivas, para hacer frente a sus condiciones de vida.

En síntesis, podemos notar en los distintos estudios cómo la contingencia sanitaria tuvo efectos diferenciados en la sociedad que transformaron las condiciones de vida de las juventudes en México, y con ello se modificaron los espacios en los que se desenvolvían, las relaciones interpersonales que mantenían y el modo de interactuar, la incorporación de las estrategias de cuidado y atención en el quehacer diario, y los procesos cognitivos y emocionales que atravesaron a causa del confinamiento sanitario. Con esto en consideración, mi investigación pretende describir estos aspectos de la vida de las juventudes, como elementos insertos dentro de procesos más extensos, en torno a la salud, la enfermedad y la atención, de forma que se reconozca que las prácticas y representaciones sociales son resultado de los retos individuales y colectivos que enfrentaron.

Es importante puntualizar entonces, que al momento de describir los juicios, opiniones, creencias, saberes y actitudes, se hace referencia a distintos conocimientos colectivos insertos dentro de las representaciones sociales. Por lo que es a través de estos conceptos, que damos sentido a los modelos cognitivos e interpretativos, que manifestaron, transformaron y enfrentaron las y los jóvenes. Mientras que al describir las prácticas como un conjunto de acciones, damos cuenta del reflejo que estos modelos cognitivos tienen en la realidad, de forma que las prácticas y representaciones sociales, entre sí, dan forma, explicación, sentido y son transformadas con el pasar del tiempo en un proceso dialógico constante.

## Justificación

Esta investigación plantea analizar los procesos de cambio que habitaron las y los estudiantes universitarios en Morelia, Michoacán, con un doble propósito: por un lado, entender los efectos que tuvo la emergencia sanitaria en sus vidas durante los primeros dos años, desde marzo de 2020 hasta marzo de 2022; y por otro, dar cuenta de la forma en que ellos incidieron en su entorno. Esto partiendo de la consideración que procesos como el confinamiento, la adopción de medidas de seguridad de prevención, y las implicaciones de padecer una enfermedad, ocasionó rupturas en lo que refiere a las prácticas y representaciones sociales en salud-enfermedad.

El estudio propone analizar las relaciones entre prácticas, representaciones sociales y su relación con las condiciones de vida, para comprender el sentido de los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) que experimentaron las y los jóvenes de Morelia durante sus estudios universitarios. La investigación, repasa en los aspectos a gran escala y sus efectos en los estilos de vida de las y los jóvenes que afectaron en lo individual, y también apunta a conocer los procesos de adaptación y transformación que habitaron desde lo individual con impactos en la colectividad.

Los procesos PSEA representan un gran reto en la investigación dada la multiplicidad de factores sociales, económicos, culturales y políticos que intervienen a distintas escalas. Por ello, para entender los PSEA, se tomaron como punto de partida las experiencias relatadas por estudiantes universitarios, respecto a los cambios y transformaciones que habitaron en sus entornos de vida. Esto a partir de las prácticas y representaciones sociales en salud, y las medidas que implementaron en conjunto con otras personas para entender, interactuar y sobrellevar y resolver las posibles dificultades que habitaron para prevenir, curar y atender la salud física, mental y social.

Los cuestionamientos que surgieron para dar paso a esta investigación fueron los siguientes: ¿Cómo se transformaron las dinámicas de las y los jóvenes universitarios durante el periodo en cuestión? ¿Cuáles fueron los conocimientos adquiridos, durante los dos primeros años de la pandemia por COVID-19, sobre salud y enfermedad? ¿Cómo se modificaron las percepciones sobre las ideas de salud, enfermedad? ¿Cómo se adaptaron y construyeron las prácticas de cuidado y atención en las y los jóvenes?

## Objetivo general

Analizar los cambios en las prácticas, conocimientos y percepciones en materia de salud y cuidados en jóvenes universitarios en Morelia durante la contingencia sanitaria por COVID-19, de marzo de 2020 a marzo del 2022.

### *Objetivos específicos*

1. Conocer y describir los cambios en las dinámicas sociales de las y los jóvenes universitarios en el marco de la contingencia sanitaria por COVID-19.
2. Analizar las transformaciones en los conocimientos y percepciones, contenidas en las representaciones sociales sobre los procesos de salud y enfermedad de las y los jóvenes universitarios.
3. Analizar las estrategias de atención y cuidados que han generado, en el marco de la pandemia por COVID-19.

## Marco Teórico-Metodológico

En términos teóricos la investigación se basa en los preceptos de la antropología médica y de los cuidados, en conjunto con algunos preceptos de la epidemiología sociocultural, estos abordajes invitan a integrar como elementos de análisis las prácticas y los conocimientos de las personas en relación con los procesos de salud-enfermedad, lo que involucra el desarrollo de estrategias de cuidados a la salud desde una perspectiva integral basada en el bienestar social, físico y emocional dentro de los PSEA. Dar cuenta de estos PSEA permite describir y analizar las interrelaciones entre los aspectos biológicos y ecológicos, junto con los aspectos sociales, culturales, económicos y políticos que determinan la forma de vivir, sufrir y actuar de los actores sociales, ante un problema o en este caso una enfermedad, en distintos momentos (Castro, 2010; Menéndez, 2016).

Las ciencias sociales han atribuido discusiones que consolidan el papel de la escala social dentro del análisis de los PSEA, abordando temas como: los determinantes sociales en salud, entendidos como los arreglos sociales e históricos que configuran las diferencias de exposición y salud en la población;

las formas de nombrar y definir un padecimiento, entendiendo que la enfermedad es resultado de una negociación constante sobre lo normal en términos de lo biofísico y social, y por tanto se plantea que no existen definiciones universales de enfermedad; las interrelaciones a escala global, las naciones, las instituciones, las comunidades y los individuos en torno a la salud; el fenómeno que se origina por los padecimientos desde el propio individuo y su experiencia. Por consecuencia, estos abordajes posibilitan comprender cómo las condiciones que una persona o colectividad habita pueden afectar el estado de salud y cómo se define el bienestar, teniendo en cuenta los actores y las relaciones sociales en el entorno, a la par que se considera los aspectos biológicos y físicos, dando lugar a los PSEA.

Para analizar los cambios y transformaciones en las prácticas, conocimientos y percepciones en materia de salud y cuidados en jóvenes universitarios en Morelia durante la contingencia sanitaria por COVID-19, de marzo de 2020 a marzo del 2022, involucró el uso de tres estrategias metodológicas de corte cualitativo. La primera es el Triple Autodiagnóstico, una estrategia exploratoria que se enfoca en estudiar el contexto, las prácticas y las percepciones en torno a la experiencia de la emergencia sanitaria. La segunda estrategia es la realización de entrevistas semiestructuradas a profundidad, que abordan temas como el riesgo, los cambios en salud, las transformaciones en los estilos de vida y vivienda, así como los retos experimentados durante el confinamiento, permitiendo abordar cuestiones de mayor subjetividad y emotividad en las juventudes. Y la tercera herramienta es un cuestionario que recopiló datos cualitativos ordinales principalmente, cuyo objetivo fue medir y congregar las ideas o percepciones en torno a distintas actividades, estrategias, y sentires, con la finalidad de contrastar los testimonios dados en las entrevistas con datos que nos presenten una información más extensa, en términos de población, para así sostener o complementar los hallazgos de las dos herramientas anteriores desde una perspectiva más general.

# Capitulado

El primer capítulo aborda algunas discusiones y aportaciones teóricas que se han hecho desde las ciencias sociales en torno a la salud y la enfermedad, para dar forma a lo que actualmente entendemos como los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA), reconociendo como fundamentales los aportes hechos por el sociólogo mexicano Roberto Castro, y el antropólogo Eduardo Menéndez, cuyas contribuciones al estudio de los PSEA han sido guías para orientar este trabajo. Mientras que metodológicamente, para efectuar la investigación, se hizo uso de tres herramientas: el triple autodiagnóstico, como estrategia de aproximación; las entrevistas semiestructuradas; y un cuestionario.

El segundo capítulo, está dividido en los procesos históricos y las condiciones de cambio en que enfrentaron las y los jóvenes durante los dos años de análisis. En específico, se referencian cuatro periodos centrales de la experiencia frente la COVID-19: el confinamiento total, la reactivación económica, la nueva normalidad y el retorno a actividades presenciales. Periodos que afectaron de una forma u otra el modo en que eran usados los espacios, la integración e implementación de las medidas de seguridad, la organización dentro y fuera de la vivienda, e incluyo las tensiones que habitaron las y los jóvenes a lo largo del periodo.

El tercer capítulo está enfocado al análisis de las prácticas y representaciones sociales, especialmente aquellas relacionadas con la prevención, al ser las medidas que tuvieron que ser efectuadas con mayor insistencia. Es decir, se abordan prácticas como el uso de cubrebocas, el uso de gel antibacterial, la limpieza y desinfección, la sana distancia, la vacunación, pero se profundiza en la relación que estas prácticas tienen con los discursos, ideas y nociones sobre el bienestar, y los retos que cada una pudo involucrar en la vida de las y los jóvenes y también con las personas a su alrededor.

Finalmente, el capítulo 4, da cuenta sobre las estrategias de cuidado y atención, desde tres situaciones que enfrentaron las y los jóvenes universitarios como problemas a la salud: la infodemia, la experiencia de prevenir, padecer y curar la COVID-19, y la experiencia frente a otros padecimientos físicos o mentales a que las y los estudiantes universitarios hicieron frente, es decir, la forma en que se dio la participación de las juventudes en la atención a la salud en los espacios que se desenvolvían, desde una perspectiva en la que enfermar no sólo afecta a quién padece la enfermedad, sino también a las personas con quienes habita.

# Capítulo 1:

## Marco teórico-metodológico

*Los seres humanos en  
el cuidar/se:  
precisamos  
cuidarnos.*

- Pulido Fuentes y da  
Silva Vieira Martins  
(2018, p. 73)

### 1.1 Introducción

La pandemia por el síndrome agudo respiratorio severo, abreviado SARS-CoV-2 (COVID-19) nos demostró las fragilidades existentes en los distintos sistemas que conforman nuestra sociedad porque detonó cambios a gran escala, como en la economía y la política de los países, estados y sociedades, o en una escala *micro* afectó la salud, la sociabilidad y la habitabilidad de los espacios en que las personas se encuentran inmersas. Estas afectaciones se han demostrado desiguales en términos del nivel de los efectos que ha tenido dependiendo de las condiciones que vive cada población, sus redes de apoyo, sus niveles económicos, sus condiciones laborales o educativas, e incluso el medio en el que se desarrollan.

Debido a la gran variabilidad y divergencia de las posibles afectaciones, podemos entender que estudiar los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) representa un gran reto en la investigación dada la multiplicidad de factores sociales, económicos, culturales y políticos que intervienen a distintas escalas. Dada esta situación, es importante reconocer las obras del sociólogo Roberto Castro y del antropólogo Eduardo Menéndez, quienes han contribuido al establecer nociones para entender y relacionar lo social en lo que son los PSEA, y de este mismo modo en esta investigación son guías importantes para orientar este trabajo.

Por ello, la presente investigación fue desarrollada a partir de algunos cuestionamientos que sirvieron para identificar los límites y alcances de una investigación de esta índole, e incluyó un reconocimiento y estudio de los cambios y avances en las propuestas teóricas y metodológicas desarrolladas para comprender los efectos en la sociedad y la comunidad detonados por un fenómeno como la contingencia sanitaria por la COVID-19. Además, el trabajo de campo fue desarrollado a partir de enfoques participativos junto con distintos estudiantes universitarios, con la finalidad de entender los efectos que la contingencia sanitaria por COVID-19 tuvo desde la experiencia de las y los jóvenes, en relación directa con sus prácticas y quehaceres de cuidado individual y colectiva<sup>2</sup>.

## 1.2 Los Procesos de Salud - Enfermedad - Atención

Los Procesos de *salud, enfermedad*, que referiré por el momento como PSE, comenzaron a ser estudiados desde el siglo XX (Castro, 2010; Menéndez, 2012). Sin embargo, la ciencia que se ha dedicado a comprender estos procesos en la población o los colectivos humanos, han sido las ciencias biomédicas, principalmente la epidemiología (O’Campo y Dunn, 2012; Pernalet Ruiz y Villasana López, 2018). Estas ciencias desde sus corrientes tradicionales son ciencias caracterizadas que parten de un método observacional-poblacional (Kaufman y Mezones-Holguín, 2013). Tal forma de abordar y describir los fenómenos sobre la salud ha sido descrita como “Modelo Médico Hegemónico” debido a que aquello que denominamos *enfermedad* parte de una perspectiva empírico-analítica que trata de explicar los comportamientos de la salud y la enfermedad, a partir de posturas deterministas relacionadas con los aspectos físicos, biológicos y ambientales (Saldarriaga, 2013; Menéndez, 2009).

---

<sup>2</sup> Es importante aclarar, que al momento de hablar de percepciones, saberes y conocimientos, a lo largo del texto, más allá de ser categorías extraordinarias, estas son manejadas como parte del concepto de representaciones sociales, aspecto que se explicará con mayor profundidad posteriormente.



La epidemiología en su corriente tradicional construye su objeto de estudio a partir de dos estrategias: la investigación etiológica, encargada de comprender la relación causal de una enfermedad, con respecto a la exposición a ésta (Kaufman & Mezones-Holguín, 2013, pág. 543), y la vigilancia epidemiológica que consiste en la medición de los factores de riesgo, mediante la cuantificación de los factores individuales y los factores de propagación del virus para así establecer mecanismos de acción preventiva que permitan disminuir la frecuencia, distribución e intensidad del malestar (Pernaite Ruiz & Villasana López, 2018, pág. 40). Es decir, a partir de estos enfoques se buscan comprender los medios y los factores de propagación de un padecimiento, así como los efectos que ocasiona a nivel biológico y físico, y cómo estos efectos pueden ser controlados o reducidos por distintos medios y estrategias.

## **1.2.1 Cuestionamientos sobre la salud y la enfermedad**

A pesar de la solidez que integra este paradigma, el enfoque biomédico empezó a ser cuestionado por las ciencias sociales desde los años 50 y 60 del siglo pasado, dando a lugar el surgimiento de otras propuestas y perspectivas emergentes (O'Campo y Dunn, 2012; Menéndez, 2012). Entre las primeras aportaciones que se hicieron con el enfoque social podemos identificar tres corrientes: el *ergo* problematizado sobre los determinantes de la salud; la forma de *nombrar* el objeto; las *tensiones* del objeto de estudio (Castro, 2010, p. 47-67).

### ***1.2.1.1 El ergo problematizado: los determinantes en salud***

Esta aproximación reside en lo que fue denominado como “determinantes en salud”. Desde la epidemiología social, de acuerdo con Kaufman y Mezones-Holguín (2017), esta aproximación trata sobre cómo los arreglos sociales, de forma histórica, configuran las diferencias de exposición y las diferencias en salud entre quienes integran la población. Esto refiere a los determinantes que se observan a distintos niveles de la realidad. En primer lugar, está la escala *macro*, donde se ubican los fenómenos de la globalización y problemáticas como

el calentamiento global, como los determinantes de mayor alcance. Ambos fenómenos se consideran interrelacionados entre sí, dado que las economías nacionales están insertas en un mercado mundial y un modelo de desarrollo económico basado en la industrialización y la “sociedad de consumo”, que tiene repercusiones como la liberación de gases de efecto invernadero y el desgaste natural que se da en el medio ambiente (Castro, 2010, p. 49-50).

En segundo lugar, encontramos una escala que congrega las estructuras sociales, cuyos efectos en los PSE varían de acuerdo con los modos de producción, o de variables como la *clase social*, *pobreza*, o las estructuras políticas, económicas y culturales. Esto está relacionado con discusiones sobre la distribución de las riquezas en distintos niveles, que en términos de los PSE individuales se relaciona con la capacidad productiva, pero que dependiendo del nivel socioeconómico cambian las posibilidades de prevenir, enfermar y curar (DHSS [1980], citado en Castro, 2010, p. 51), o bien respecto la condición de género, la distribución de las enfermedades resulta desigual por la forma en la que se construyó el concepto de enfermedad, de forma diferenciada respecto con lo que se entiende por lo femenino y lo masculino, sin representar diferencias biológicas (Castro, 2010, p. 52).

En el tercer nivel Castro (2010) señala la escala colectiva o comunitaria, basándose en Laurell (1983), que indica la importancia del trabajo como forma de inserción a la sociedad de los individuos al poder contar con recursos, construir redes sociales, y distribuir el tiempo a las actividades productivas que implican también un desgaste. Alternadamente, se ha indicado la importancia de las redes de apoyo, ya que la presencia de alguien más (familiar, amiga/o, pareja, u otro), marca grandes diferencias en la forma de reducir, paliar o solucionar problemas o episodios a los que se enfrenta un sujeto determinado, sin negar la posibilidad de redes sociales negativas como el crimen organizado o redes de consumo de bebidas alcohólicas o drogas (Cassel [1976], citado en Castro, 2010; Menéndez, 2012), que pueden afectar a los individuos en distintas formas.

Finalmente, se considera como otro nivel al individuo, esto porque en él o ella se integran aspectos como los estilos de vida y los hábitos personales, definidos y construidos en relación

con los niveles ya mencionados, y a su vez por los procesos cognitivos en los que la persona posee capacidad de manejar la información que recibe (Castro, 2010).

### **1.2.1.2 Nombrando el objeto**

En una segunda aproximación, se problematizan los conceptos de *salud y enfermedad* que eran entendidos como estados independientes, pasan a ser momentos interrelacionados entre sí y en cambio constante dentro de lo que Laurell denominó *procesos de salud-enfermedad* (Laurell [1983], citada en Castro, 2010). Además, desde esta aproximación se cuestiona los procesos de individualización que el modelo hegemónico analiza por medio de los *factores de riesgo* y los *estilos de vida* individuales, y transita hacia una consideración de lo colectivo y global (Saldarriaga, 2013; Pernalet Ruiz & Villasana López, 2018).

Castro (2010) indica entonces que las ciencias sociales analizan la forma en la que se definen la salud y la enfermedad, como una cuestión de poder en la que las ciencias biomédicas y la práctica médica construyen los objetos de estudio, de aquí que surge la “teoría de etiquetación”. Dicha teoría aborda el fenómeno de enfermar, desde el concepto de “desviación”, y afirma que la forma de ver un padecimiento deja de estar determinada enteramente por el malestar, e integra en este proceso un análisis de la reacción social en lo que denominamos enfermedad.

En otras palabras, esta teoría cuestiona la forma en que se define una enfermedad desde la medicina hegemónica. Por ejemplo, las enfermedades mentales pueden ser entendidas como un conjunto de conductas o violaciones a las reglas sociales que transgrede a una persona que es etiquetada como “desviada”. Dicho esto, pero sin reducirlo a la salud mental, estar *saludable* representa un nivel de ajuste a lo que se percibe socialmente como correcto o estable. Sobre esto, surgen dos supuestos: primero, no existen definiciones universales de enfermedad, al presentar variaciones a estudiar y comprender; y lo que llamamos enfermedad es resultado de una negociación constante sobre lo correcto o incorrecto tanto a nivel biofísico como a nivel social (Waxler, 1980, citado en Castro, 2010, p. 60).

En este proceso de definir la enfermedad, Berger y Luckmann ([1966], citados en Castro, 2010) esquematizaron el proceso de construcción de la realidad en tres etapas:

- a) la objetivación, en que se desarrollan los conceptos y categorías a utilizar;
- b) la institucionalización, donde surgen instituciones y prácticas que legitiman los conceptos creados en la etapa anterior;
- c) y la internalización, donde las categorías son adoptadas por las y los individuos.

No obstante, este terreno de la etiquetación es un campo en disputa entre quienes poseen la capacidad de definir lo que es estar *enfermo* o no estarlo. Ante este referente, Freidson ([1970], citado en Castro, 2010, p. 62-63, 105) señaló que “la actividad médica conduce a la creación de nuevas reglas que definen la desviación; la práctica médica persigue reforzar esas reglas atrayendo y tratando a los enfermos recién definidos” implicando la expansión del horizonte médico por medio de la medicalización de la realidad, en la que las y los médicos son quienes poseen la licencia de definir la enfermedad desde la profesión y la práctica vinculada a ellas y ellos.

Dicho esto, las enfermedades no son en su totalidad un padecimiento o un contagio que se explica por las características de este, ni un juicio originado desde la percepción de las anomalías en otro individuo, como aspectos independientes. En su lugar, las ciencias sociales muestran que los procesos para nombrar las enfermedades o para establecer un diagnóstico, representa un campo de lucha entre lo que es la práctica médica, los conocimientos profesionales, los conocimientos legos y otras condiciones o factores que pueden traducir un malestar biológico, psicológico o social, en un discurso en que las relaciones sociales e institucionales también crean sus propios objetos (Foucault, 1966, citado en Castro, 2010).

### **1.2.1.3 Las tensiones del fenómeno**

La tercera aproximación refiere a un proceso reflexivo en el que se puede entender la forma en la que la realidad, en distintos niveles, afecta el estado de salud, la forma en que esta es definida

y los actores que forman parte de estos procesos, mostrando la relación que se tiene con los PSE, más allá de su forma “objetiva” como afectaciones biológico-físicos. Así, esta aproximación se constituye como alternativa que busca comprender cómo interactúan los diversos grupos sociales, cómo se articulan entre sí y con las instituciones o con los Estados Nación, pero a su vez las representaciones que tensionan, en términos discursivos e integran aspectos de orden histórico y estructural.

Por ello, los esfuerzos de la epidemiología social están centrados en identificar los efectos de variables sociales para lo que es necesario adoptar un modelo de agencia humana que postula la diversidad de acciones, tomadas o no tomadas, y sus consecuencias (Pearl [2009], citado en Oakes & Kaufman, 2017, p. 39). Desde este enfoque, se recurre a la integración de los enfoques de distintas ciencias o ramas del conocimiento (como la demografía, sociología, economía, ecología, geografía, filosofía, entre otras) y sus áreas de estudio, tales como: la sociedad, la distribución económica, los mecanismos, las estructuras y otros. También se retoman otros aspectos económicos, políticos y culturales, que influyen con la prevalencia de algún evento que implique cierto riesgo o vulnerabilidad (Segura del Pozo, 2006; O’Campo & Dunn, 2012; Kaufman & Mezones-Holguín, 2013; Oakes & Kaufman, 2017).

En resumen, la epidemiología social estudia la distribución de los estados de salud y apunta hacia el análisis de la distribución de las desigualdades sociales en salud, la relación entre los patrones culturales y las variables económicas. Y a su vez, los análisis de la salud comienzan a relacionar los PSE con la percepción del nivel de salud, así como se ha señalado que la salud pública varía según la región geográfica (Kaufman & Mezones-Holguín, 2013). De tal forma, que este enfoque epidemiológico mantiene los factores biológicos, pero los relaciona también con los conflictos, los intereses y los valores a nivel político, económico, cultural y subjetivo (Segura del pozo, 2006; Hersch-Martínez, 2013; Saldarriaga, 2013; Pernalet Ruiz & Villasana López, 2018).

## 1.2.2 Los conjuntos de elementos en los PSE

Con lo anterior podemos notar como los Procesos de Salud-Enfermedad han estado en revisión constante por diversos autores. Por ello a continuación sintetizo los conjuntos de elementos que se describen en la Figura 1, reconociendo que dichos conjuntos comprendidos en cuatro grandes grupos no pretenden ser una representación lineal ni escalar de los PSE, por la complejidad que representan, al encontrarse en relación y transformación mutua constantemente. Dicho esto, los conjuntos son lo celular, lo individual, los entornos sociales y ambientales, y las políticas estatales e internacionales.



**Diagrama 1.**  
*Conjuntos de los Procesos de Salud-Enfermedad.*

Elaboración Propia.

El primer conjunto, en una escala celular refiere a las características biológicas de los microorganismos en la que se describen sus características físicas y biológicas de un agente (patógeno o no), las condiciones de desarrollo y sus efectos. El segundo conjunto, lo individual, congrega los elementos físicos, neuronales, sociales e históricos en los que un individuo se desarrolla, así como su interacción con otros. En tercer lugar, tenemos el entorno social y ambiental, que puede ser determinado por condiciones naturales, la respuesta que hay en términos de estructuras e instituciones, así como la percepción y transformación de los espacios, en respuesta a una enfermedad. Y finalmente, respecto a los ámbitos estatales y globales, nos referimos a las relaciones que existen entre los individuos en sociedad, con respecto a las condiciones económicas, políticas y culturales que se desarrollan no solo en un espacio, sino alrededor del planeta.

Dicho de otro modo, entre las distintas temáticas que se abordan en los PSE, encontramos: las articulaciones de los distintos sistemas de salud social; la relación con los curadores y los prestadores de servicios; la salud materno-infantil; la salud reproductiva; la etnomedicina; las formas de la alimentación y nutrición; los aspectos socioculturales de las enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas; la sexualidad y el cuerpo; el nacimiento, el crecimiento, la reproducción y la muerte (Freyermuth y Sesia, 2006).

Como bien se puede observar con esta corta interpretación de cada conjunto, es difícil congregarse un significado general para cada uno, o incluso listar la totalidad de elementos que los componen de forma genérica. Pero para dar sentido a la importancia de estos conjuntos, es necesario retomar un par de escuelas y las aportaciones que han hecho para comprender los PSE: el interaccionismo simbólico y la fenomenología. Para así proceder a detallar tres interrelaciones que destacan en los análisis de los procesos de salud y enfermedad.

### **1.2.2.1 Interaccionismo Simbólico**

Esta corriente, coloca la mirada social sobre los efectos que derivan de la interacción entre los individuos, donde el significado que toman las cosas para los individuos puede afectar su experiencia y actuar consigo mismos, con otros y en sociedad. Este tipo de enfoque se expresó principalmente a partir de una relación determinista con los sujetos. En que autores como Durkheim establecieron que los comportamientos y significados de la realidad se construían desde una imposición externa, en la que existen fuerzas exteriores que determinan sus conductas (Durkheim, 1978). En contraste a lo anterior, Weber añadió la importancia de considerar el sentido subjetivo, con el concepto de *acción social*, para la comprensión de estos procesos de definición de significados y del comportamiento (Weber, 1981).

Con estos referentes, Castro (2010) retomó a otros autores que fueron clave en lo que actualmente denominamos Interaccionismo Simbólico, entre ellos se encuentran William James quien propuso la capacidad de los individuos de relacionarse consigo mismos como objetos, es decir, considerándose como un símbolo, con un conjunto de actitudes y sentidos en respuesta hacia sí.

Charles H. Cooley (1967), quien señaló el pensamiento como una herramienta que permite reflejar a uno y a los demás en el propio interior; y a Mead (1982), al plantear la capacidad humana de interpretar gestos, lo que permiten convivir y cooperar con los otros, pero también desarrollar una autovaloración. Por lo que, se infiere que la sociedad depende de las capacidades del individuo de autoevaluarse, desde las perspectivas propias y de los demás, donde la existencia está mediada por el rol, la posición, las instituciones, las normas y los valores sociales, pero que, en lugar de estar fijos, están en constante negociación, o lo que Mead llamó *orden negociado* (1982, citado en Castro, 2010).

Mientras, William I. Thomas (1928, citado en Castro, 2010), elaboró dos ideas que constituyen el principio teórico y metodológico de esta corriente: *la definición de la situación*, en que los individuos interpretan y posteriormente desarrollan conductas para el entorno en que viven; y el que “las cosas que los individuos definen como reales, son reales en sus consecuencias”. Con estos antecedentes Blumer propuso el Interaccionismo Simbólico, como corriente que connota los efectos de la interacción humana y el consecuente intercambio de símbolos y significados. Y formuló tres premisas: a) Los seres humanos actúan sobre los significados que las cosas tienen para ellos; b) El significado deriva de la interacción de los individuos, con los demás; y c) los significados son transformados y construidos desde el proceso interpretativo del individuo.

De esta forma, el interaccionismo simbólico emerge como una alternativa teórico-metodológica a las concepciones deterministas de salud, en las que se presupone que la enfermedad está determinada por las características socioeconómicas y biofísicas, sin considerar la forma en que los propios individuos interactúan con los objetos. Mientras que esta interacción entre individuos con el objeto (la enfermedad) también permite comprender las relaciones que se construyen para afrontar una problemática emergente, donde claramente puede haber elementos mensurables (como las estadísticas de población, ingresos, economía, u otras escalas), pero el individuo es quien evalúa la situación y orienta su quehacer a partir de las consideraciones subjetivas y los valores que asigna a los acontecimientos o elementos ajenos al individuo (Castro, 2010, p. 77-80).



Por ejemplo, dentro de la teoría de la etiquetación es importante destacar que las afectaciones biológicas y físicas son relevantes al definir un diagnóstico desde la práctica médica, sin embargo, lo que se cuestiona son los procesos sociales que emergen posterior al diagnóstico, y que justamente varían dependiendo del padecimiento. Si es un malestar biofísico, como lo son las enfermedades respiratorias, se procura evitar la propagación de la enfermedad a través de un tratamiento; en contraste, síntomas de corte mental, poseen otra connotación, porque el individuo expresa sus síntomas, pero dentro de una comunidad esto puede llevar a un trato diferente, e incluso llegar a aislarlo de la sociedad. Debido a esto, Lemert ([1951], citado en Castro, 2010) señaló que lo que podía determinar la reacción social era la combinación de la visibilidad del síntoma, el nivel de tolerancia de la comunidad y el cociente de tolerancia.

Esto es a lo que se refiere el modelo del orden negociado, en el que se reconoce el carácter biológico y las afectaciones de las enfermedades, pero centra su perspectiva principalmente en lo que es la definición de la enfermedad como resultado de un proceso continuo de “negociación” y “adaptación” que surgen desde la interacción entre los individuos, el entorno y el objeto, en este caso la enfermedad (Castro, 2010, p. 104). Donde, a partir de ciertos criterios, el padecimiento se construye desde la experiencia personal y colectiva, por lo que representa un proceso dinámico entre los síntomas o signos en el que la persona afectada enfrenta ambigüedades e incertidumbres y negocia asuntos como, la gravedad de los síntomas, la búsqueda de atención médica y el ajuste a la terapia y su seguimiento.

### ***1.2.2 Perspectiva fenomenológica***

En contraste con el Interaccionismo Simbólico, la Fenomenología tiene como objetivo esclarecer la forma en que conocemos. En este sentido, la perspectiva fenomenológica permite entender con mayor profundidad la experiencia del sufrimiento y el dolor, así como las explicaciones que se dan los individuos por medio de experiencias compartidas, las construcciones sociales que emergen de las afecciones, los ajustes emocionales a afligidos y cuidadores, el manejo de los padecimientos desde los prestadores de servicios, y las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas en las que surgen (Freyermuth y Sesia, 2006).

Para esto, Schutz ([1974], citado en Castro, 2010) indica el *sentido común* como concepto a problematizar, el cual refleja los saberes acumulados a lo largo de las generaciones y gestiona la forma en que entramos en contacto con la realidad. Tal sentido común varía de acuerdo con los conocimientos transmitidos, pero a su vez dan lugar a la forma en que se responde a la realidad de forma cotidiana y espontánea. Y, son a su vez conocimientos que están al alcance de los individuos en cualquier momento, en distintos niveles de claridad, nitidez y precisión.

La construcción y el desarrollo de este tipo de conocimientos se generan de forma intersubjetiva, sin olvidar ni obviar la capacidad de generar conocimiento desde la experiencia propia de quién vive el fenómeno (Castro, 2010). Por ejemplo, en el caso de las enfermedades y las afecciones, hacemos uso de conocimientos ya desarrollados y producidos con anterioridad para ejercer actos de cuidado y atención, sea por medio del uso de remedios naturales, o tratamientos médicos que dependen de la forma en que se percibe la realidad y el entorno en el que se desarrolló el sentido común.

Con esto, se presupone que el sentido común se ve afectado por lo que sería una *actitud natural*, como actos que emergen como una respuesta espontánea. Pero también por la transformación, sea por áreas del conocimiento o por vigilancia de los propios actos cuando no se asume que el mundo funciona de forma normal en todo momento. Al respecto, Castro (2010) menciona que este tipo de actitudes permiten actuar de forma efectiva y práctica con las otras personas y su entorno. De hecho, dentro de la razón que comprende ejercer una acción, de acuerdo con Schutz, es que esta acción se puede interpretar desde los motivos y como la decisión se puede tomar en base a un objetivo a futuro, o a partir de experiencias pasadas (Schutz [1962], en Castro, 2010). Con estas consideraciones, de lo que son los abordajes de los PSE, y las aportaciones que han hecho estas escuelas, podemos hacer énfasis principalmente en tres interrelaciones que integran los conjuntos de los PSE mencionados anteriormente, estas son:

## I. La interacción biopsicosocial

Refiere a la relación donde lo biológico está en relación directa con lo social o mental, y viceversa, (Tarlov [1996], en O'Campo y Dunn, 2012; Medina Verástegui *et al.*, 2000), los aspectos socioculturales de las enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas; la sexualidad, el cuerpo, la fertilidad y el genoma humano, o la alimentación y la nutrición (Freyermuth y Sesia, 2006). Un ejemplo de esto es cuando un estado de tristeza ocasiona una disminución del sistema inmunológico. Esta relación es importante mantenerla en consideración porque da cuenta de los efectos que puede tener una afección o enfermedad en los distintos estados de salud como un proceso integral entre lo físico o biológico, lo mental y los efectos sociales de un padecimiento.

## II. El análisis de la experiencia individual

Refiere al análisis de la experiencia del individuo en el mundo, en el que se consideran las trayectorias de vida desde el nacimiento, el crecimiento, la reproducción, la vejez y la muerte (Hertzman y Weins [1996], en O'Campo y Dunn, 2012; Freyermuth y Sesia, 2006), la salud reproductiva, la relación con curadores y prestadores de servicios; la salud materno-infantil (Freyermuth y Sesia, 2006); así como los procesos cognitivos individuales en relación con los estilos de vida (Castro, 2010), sin obviar la capacidad de toma de decisiones, el desarrollo y crecimiento de los individuos como parte de una sociedad, y las condiciones sociales y del entorno en las que se desarrolla.

## III. Transición Individuo - Comunidad - Estado

Transición en la que los factores cruzan entre lo individual, a lo colectivo o un nivel comunitario, a lo institucional y hasta el nivel de lo nacional e internacional involucrando: las políticas y los programas sobre salud; la articulación entre los distintos sistemas de salud; la etnomedicina; las nuevas tecnologías aplicadas al campo de la salud (Shonkoff y Phillips [2000], en O'Campo y Dunn, 2012; Saldarriaga, 2013; Pernalet Ruiz & Villasana López, 2018; Castro, 2010; Freyermuth y Sesia, 2006). Sea desde una afectación, por ejemplo, el COVID, puede afectar la salud de una persona, en respuesta a esto, se establecieron distintas acciones, algunas por parte de lo laboral y político,

como la incapacidad en el trabajo y el trabajo remoto para las personas, o el aislamiento de acuerdo con las posibilidades de la persona.

### **1.2.3 Abordajes Socioculturales, Antropología Médica y de los Cuidados**

El Interaccionismo simbólico y la fenomenología, junto con planteamientos teóricos provenientes de las epistemologías del sur, favorecieron de un modo u otro la consolidación de otras vertientes o subcampos en la epidemiología, como lo son: la epidemiología Sociocultural (EC) (Menéndez, 2008), o la epidemiología aplicada (O'Campo y Dunn, 2012), o la epidemiología comunitaria (Pernalet Ruiz y Villasana López, 2018). Estas vertientes están enfocadas a la traducción de la información y la comprensión de la distribución de la salud y de la enfermedad *para* la población.

Los aportes de las epistemologías del sur proponen que la traducción de información para la población parte de la búsqueda de un proceso horizontal de construcción del conocimiento, que invite hacia la apropiación, el manejo, el acceso y la posesión de la información o los datos desde el interior de la comunidad (O'Campo y Dunn, 2012). Así, por medio de procesos participativos, las comunidades pueden transformar estos conocimientos en estrategias que impliquen mejor toma de decisiones sobre las acciones a llevar a cabo, la creación y organización de los elementos de vigilancia internos, y por consecuencia, mejorando la precisión y relevancia de los estudios epidemiológicos, tanto para la comunidad, como para los investigadores y productores de políticas públicas (Pernalet Ruiz y Villasana López, 2018, p. 44-45).

La epidemiología comunitaria, epidemiología aplicada y epidemiología sociocultural, se diferencian principalmente por la forma en que abordan las problemáticas. Por un lado, la epidemiología comunitaria se centra en el trabajo participativo, en el que los actores sociales, son los principales partícipes de la investigación e intervención en los PSE, mientras que los profesionistas en el área de la epidemiología actúan principalmente como gestores (Pernalet Ruiz y Villasana

López, 2018). Por otro lado, la epidemiología aplicada, se centra en la investigación por parte de profesionistas, y la participación de los actores sociales como informantes y beneficiarios de un programa de intervención (O'Campo y Dunn, 2012).

Mientras que la epidemiología sociocultural, en la que se centrará la atención para la presente investigación, invita a la participación de los actores sociales en la definición y análisis de la realidad desde una mirada a los procesos de salud-enfermedad (Menéndez, 2008; Castro, 2010). Desde este foco de la epidemiología sociocultural, la investigación social durante la construcción de su objeto de estudio, más allá de ofrecer una alternativa o proyecto, representa las oportunidades en las que se pueden comprender los PSE, congregando el conocimiento de distintas ciencias, pero a su vez da miras hacia las posibilidades de participación de distintos agentes, o injerencia en el desarrollo de las soluciones.

La epidemiología desde estos abordajes ha favorecido también la consolidación del campo de la Antropología Médica y la Antropología de los Cuidados, que recurren a las ciencias biológicas, la salud pública, la demografía, la enfermería, las disciplinas clínicas y epidemiológicas, así como la sociología, economía política, el derecho y la ética, y han incorporado en sus análisis a los *cuidados* como objeto de estudio, donde cada enfoque y herramienta usada dan sentido al acto de cuidar y favorecen la descripción de la realidad (Freyermuth y Sesia, 2006; García Sáinz [2008], citado en Pulido Fuentes y da Silva Vieira Martins, 2018, p. 72). Esto desde el punto de partida en que la salud integra una parte de las necesidades básicas a satisfacer constantemente como individuos, comunidad y sociedad (Freyermuth y Sesia, 2006). Por ello, en esta investigación que busca comprender las transformaciones detonadas, en términos de conocimientos, prácticas y percepciones, centrando la atención en los cuidados como elemento clave que influye en los PSE.

Menéndez (2008; 2012) sugiere que la comprensión de los procesos de salud y enfermedad no pueden ser resumidos a la idea de la relación salud-enfermedad, sino que también en tal proceso la etapa de la atención es un eje clave en el que se congrega los cuidados y la prevención. Por lo que los PSE,

refieren en realidad a la tríada salud/enfermedad/atención (PSEA), como las distintas etapas que comprenden estos procesos, y que la *atención* o los cuidados figuran como etapa transitoria entre lo que es estar sano, o estable, a un estado de *desviación* o enfermedad, o viceversa.

En resumen, quedan áreas del conocimiento sobre los PSEA y los factores o elementos que lo componen por explorar desde el conocimiento social. Por ello existen enfoques como la *Antropología Médica* o la epidemiología sociocultural que intentan dar respuesta y explicaciones a los fenómenos que afectan a la salud o que la preservan. Así, en lo que respecta a la extensión de los PSEA y el contexto del COVID-19, esta investigación se centra en comprender y analizar la participación de las y los jóvenes universitarios en la atención a la salud en sus entornos sociales desde una perspectiva basada en los cuidados.

Menéndez (2009, pp. 31-32) clasificó en cinco categorías los saberes y las formas de atención a partir del comportamiento de los sujetos al definir y entender los padeceres: la atención biomédica, la autoatención, la atención tradicional o popular, la atención alternativa o “*New age*”, y las formas de atención de otras tradiciones médicas. Estas formas de atención constituyen a su vez un reflejo de los distintos modelos de generación de conocimiento para entender y explicar la salud, los tratamientos y la prevención de enfermedades o malestares. Es decir, estos modelos siguen un proceso para la definición y descripción del problema que aqueja la salud (séase una patología, malestar, padecimiento, enfermedad, etc.), en el que, desde la concepción y el aprendizaje sobre los malestares y su relación con los conjuntos de signos o síntomas, se brinda un determinado tipo de curación o tratamiento. Brevemente, los modelos de atención tradicional, alternativa y de otras tradiciones médicas, refieren a los procesos de curación dirigidos por distintos tipos de curanderos, y sus tratamientos pueden estar vinculados con el uso de tratamientos herbolarios o naturales, cuarzos, energías, agujas, u otros objetos.

En relación con estos cinco modelos, se tomó en consideración únicamente la atención biomédica y la autoatención dentro del análisis de los PSEA. En la primera forma, la atención biomédica representa el modelo hegemónico, cuyo fundamento está

sustentado a través de los procesos de investigación científica, y dentro de su modelo explicativo<sup>3</sup> contempla las características físicas de los microorganismos y la patofisiología para la explicación de las patologías. Y considera a los médicos, al personal paramédico, a los psicoterapeutas y otros profesionistas, como los principales agentes para la definición de los tratamientos y las curaciones.

## 1.2.4 Antropología Médica y de los Cuidados

Los cuidados de la salud refieren a la actividad humana que se inserta un proceso dinámico, cambiante, y complejo que va más allá de una enfermedad o afección (Báez-Hernández et al., 2009, p. 129) que, a su vez, están sujetos a las creencias, valores, deseos, compromisos y responsabilidades de los individuos, y a los medios disponibles en sus entornos físicos y sociales (Guevara et al., 2020; Pulido Fuentes y da Silva Vieira Martins, 2018).

Las enfermedades imponen según su emergencia, la constitución y adopción de distintas estrategias de autocuidado, búsqueda de atención, prevención por medio de terapias u otros tratamientos (Freyermuth y Sesia, 2006, p. 16). Este tipo de acciones se han identificado principalmente desde las descripciones antropológicas, porque permiten convalidar la producción y el uso de conocimientos y prácticas para explicar y entender lo que enfrentan, así como desarrollar acciones que solucionen los problemas (Menéndez, 2012).

---

<sup>3</sup> Kleinman (1980, citado en Martínez, 2011: 97-98), llamó modelos explicativos, EMs por sus iniciales en inglés, a las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su posible tratamiento terapéutico, que puede ser empleado por aquellos que están inmersos dentro del proceso de curación y prevención. Indicó que los EMs difieren entre paciente y profesional de la salud, debido a que los primeros en conjunto con su familia dotaban de sentido al episodio de enfermedad, y a partir de ahí escogían y valoraban los tratamientos que efectuaban; mientras que los EMs profesionales, definían la forma de entender y tratar la enfermedad al explorar las relaciones entre síntomas y trastornos somáticos.

Los cuidados pueden ser considerados como: contextuales, relacionales y existenciales. Contextuales al depender de las condiciones en las que se desarrollan los cuidados, los medios a disposición y las estrategias aplicadas o realizadas. Relacionales entre quien cuida y quien es cuidado, donde ambos roles pueden ser de una misma persona o estar asignados a distintas personas. Y existenciales debido a la integración de la emoción, la intuición, la creatividad, el conocimiento y la experiencia de las o los involucradas/os (Pulido Fuentes y da Silva Vieira Martins, 2018). Resumiendo, cuidar de la salud se refiere al acto que hacen las personas, familias y comunidades para mantener, perpetuar y reparar los cuerpos, a sí mismos y el entorno con la finalidad de vivir lo mejor posible y para el sostén de la vida (Pulido Fuentes y da Silva Vieira Martins, 2018; Mínguez Arias, 2000).

Los cuidados implican una serie de prácticas y conocimientos ligados a las formas de vida, relacionados con la necesidad de adaptarse a un entorno cambiante y a la supervivencia, de forma que están vinculados no solo con la satisfacción de necesidades propias, también incluye la protección del colectivo y el lugar que se habita (Pulido Fuentes y da Silva Vieira Martins, 2017). Estos pueden ser clasificados como cuidados genéricos, profesionales y profesionales enfermeros, donde los primeros refieren a los actos de asistencia prestados a individuos con necesidades evidentes, por ejemplo, las rampas para personas que usan sillas de ruedas u otras personas. Los profesionales refieren a las conductas, técnicas y procesos que permiten a un individuo, una familia o comunidad mantener las condiciones favorables, como los tratamientos tradicionales al momento de adquirir una infección. Y los profesionales enfermeros se caracterizan por los conocimientos humanísticos y científicos que caracterizan la profesión y el trato hacia el paciente.

Entonces de acuerdo con esta interpretación de lo que plantea Pulido Fuentes y da Silva Vieira Martins (2018) el acto de cuidar no se encuentra sólo desde una perspectiva individual, también se relaciona con la protección del colectivo y del espacio en que habitan. Por ello, los cuidados pueden tener representaciones que van más allá de las dimensiones privadas y las dimensiones públicas, al representar un deseo, una responsabilidad, una remuneración, en sus distintas formas de ejercerlo como profesión o como una acción cultural (Pulido Fuentes y da Silva Vieira Martins, 2018).



La antropología médica, a través del enfoque sobre los procesos de autocuidado y autoatención, nos permite sobrepasar la descripción centrada únicamente en el acto de enfermar, sanar o morir, y nos permite comprender otros elementos que influyeron en un fenómeno que tuvo origen a partir de la propagación y evolución del SARS-COV-2, cuyo padecer y no padecer la enfermedad impuso según su emergencia, la constitución y adopción de distintas estrategias de autocuidado, búsqueda de atención, prevención por medio de terapias u otros tratamientos (Freyermuth y Sesia, 2006). Por lo que afectó la forma de relacionarse con otros, de aprender y educar, de trabajar y de procurar la prevención y los cuidados.

La Antropología Médica se encarga de estudiar los problemas en salud humana y la curación que emerge en distintos contextos sociales, culturales, económicos y políticos (Freyermuth y Sesia, 2006; Hersch-Martínez, 2013). Y posiciona los procesos de salud/enfermedad/atención en la mira de quien hace uso de esta para comprender los efectos que posee un determinado fenómeno sobre las capacidades de desarrollo y la reproducción plena de la vida, desde el punto de vista en que la salud integra una parte de las necesidades básicas a satisfacer constantemente como individuos, comunidad y sociedad. Además, el estudio de estos procesos permite identificar los patrones culturales compartidos por los individuos, así como los significados y simbolismos de los cuidados y el acto de cuidar, a partir de la experiencia de vivir, enfermar y asistir, entre los individuos o los grupos sociales (Pulido Fuentes y da Silva Vieira Martins, 2017; Freyermuth y Sesia, 2006; Miranda, s.f.).

Considerar la colectividad como elemento dentro de los PSEA, da lugar a entender que no todas las afecciones y curaciones pueden ser entendidos únicamente por procesos individuales. Esto porque concebir las enfermedades y los padecimientos desde el individuo excluye situaciones de diversos tipos: como las condiciones estructurales, como la composición de los espacios que habita, la condición laboral y socioeconómica, la relación que mantiene con los sistemas médicos, la infraestructura de los servicios de salud, el acceso a estos y más elementos que demuestran las inequidades en términos de acceso y disponibilidad de servicios de cuidados y atención; o respecto las condiciones socioculturales de las que forma parte, el papel o las interrelaciones que se constituyen con otras

personas; la definición y atención que se da a los padecimientos y enfermedades, la confiabilidad que se le da a los tratamientos curativos (Menéndez, 2009).

### **1.2.5 Prácticas y Representaciones Sociales en torno a la Salud**

En los dos primeros años de la contingencia sanitaria por COVID-19, la salud fue un aspecto que determinó y dirigió el sentido a través del que se efectuaron el conjunto de actividades para prevenir, detectar y atender la salud, tales como el uso de cubrebocas, el uso de gel antibacterial o las rutinas de limpieza, la vacunación, la autoexploración, y el seguimiento de distintos tipos de tratamientos médicos, incluso la omisión de ciertas medidas. Es a través de estas acciones que se establece el análisis y la descripción del cuidado y la atención a la salud, posibilitando también entender la articulación de los modos de acción en el marco de la pandemia, con las transformaciones que involucró este fenómeno pandémico en los estilos de vida, emotividades y representaciones sociales de las y los jóvenes universitarios, así como su interacción con las demás personas.

Considerando esto, para abordar y comprender el papel que tuvieron el conjunto de acciones efectuadas en torno a la atención y prevención, dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (PSEA), es necesario visualizarlos a partir de dos conceptos: prácticas y representaciones sociales. Estos conceptos permiten tener una aproximación a los procesos de negociación y tensión que tuvieron lugar durante la pandemia por SARS-CoV-2, en el que se reflejaron emotividades, ideologías, narrativas, conocimientos y saberes situados en contextos histórico-sociales específicos.

Es habitual confundir las prácticas con las representaciones sociales, pues no están desvinculadas las unas de las otras. En su lugar, es a partir de la interacción entre ambos elementos que se determinan los modos de acción e intervención, sean espontáneos y/u organizados, a partir de un conjunto de ideas, narrativas, categorías y significados. Ambos conceptos, de acuerdo con Jaramillo Marín (2012), suelen ser entendidos, además, como tipos de discursos o experiencias lingüísticas,

que pueden ser expresados de forma verbal y no verbal, además de tener lugar desde el entendimiento conjunto. Por tanto, permiten construir y sostener la identidad de grupo desde distintos niveles, pasando por los procesos cognitivos, hacia formas de actuar y expresar individualmente, hasta las formas de comprender y actuar ante la realidad, desde la colectividad y las estructuras en las que se encuentran (Jaramillo Marín, 2012).

Las prácticas, de acuerdo con Gadamer ([1993], citado en Murcia, et al, 2016) son entendidas como un saber que va más allá del “dominio de una técnica o el manejo de herramientas, y llega a un saber desde dentro, como sujeto en el mundo o sujeto con la otredad”. De modo que es por medio del análisis de las prácticas que podemos dar cuenta sobre los procesos y las interrelaciones que atraviesan un fenómeno, desde lo social a lo individual.

Las prácticas son analizadas en las ciencias sociales desde tres perspectivas: primero como aquella actividad que emerge de una imposición social, como resultado, por ejemplo, de establecer el uso obligatorio de cubrebocas; segundo donde los individuos a través de su interacción recrean y construyen acuerdos, como al asignar horarios, roles y actividades dentro de la vivienda durante el confinamiento; y finalmente como una expresión de los imaginarios sociales, como aquellas que surgen a partir de un conjunto de instituciones, valores, símbolos y mitos comunes al grupo social (Murcia, et al, 2016).

En concreto, las prácticas son resultado de la interacción constante entre distintos sujetos que se redefinen entre sí y a su entorno: donde el individuo es un ser socializado y que socializa, es decir, un sujeto con un entramado histórico-social y una capacidad de injerencia para definir la dimensión simbólica sobre el mundo, en el caso de esta investigación sobre la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención.

En cambio, las representaciones sociales son descritas por Moscovici (1984) y Jodelet (1984), citados en Jaramillo Marín (2012, p. 127), como “modelos organizados y jerarquizados de conocimiento colectivo expresados en juicios, opiniones, creencias, saberes y actitudes” que son expresadas a través de la comunicación, y posibilita la producción y reproducción de identidades colectivas. Según esta lógica, las representaciones

sociales son modelos cognitivos e interpretativos de la situación que enfrentan las y los individuos, así como las colectividades a las que pertenecen, y son expresadas a través de distintos medios comunicativos que dan sentido a las interpretaciones y reflexiones que surgen en determinado fenómeno.

Las representaciones sociales, como unidades discursivas, evidencian las opiniones, ideas y creencias que posee un sujeto con su mundo social, pero también permite conocer las relaciones que tienen las percepciones y los conocimientos del sujeto, con respecto al conjunto de acciones y de prácticas que llevan a cabo (Jaramillo Marín, 2012), en su injerencia dentro de la colectividad y la sociedad. Por lo que, comprender esta diferenciación entre una práctica como la expresión de un “saber hacer en el mundo”, y la representación social como resultado de un proceso reflexivo, permite comprender la configuración y regulación, o incluso la tensión y contradicción, que tiene un concepto sobre el otro, en ambas direcciones.

Otra puntualización importante para los contenidos de este capítulo refiere a la diferencia entre lo que son los cuidados y lo que es la atención en salud, dado que esto nos permite entender el papel de las prácticas dentro de la contingencia sanitaria, desde lo individual y lo colectivo. De acuerdo con Menéndez (2009, p. 53) la diferencia entre cuidados y salud reside entre el origen y la dirección del acto, es decir, de acuerdo con el autor los cuidados son una estrategia meramente individual, en la que una persona se cuida a sí misma, por ejemplo, haciendo uso de cubrebocas; mientras, la atención representa una práctica con un carácter más social y colectivo, en el que se establecen actos de cuidado de forma conjunta, como la vacunación, o bien con efectos premeditados hacia el bienestar de la otra persona, como el acompañamiento.

Esta diferenciación resulta necesaria al hablar de procesos de salud/enfermedad/atención (PSEA), en específico sobre las estrategias de cuidado y atención a la salud, los modelos hegemónicos de curación y tratamiento a la salud relacionan primordialmente el bienestar con la responsabilidad individual al promover únicamente discursos sobre la realización de ciertas actividades como las consignas difundidas durante la contingencia sanitaria: “usa cubrebocas”, “quédate en casa”, “usa gel antibacterial”. Sin embargo, esta perspectiva, centrada en los

cuidados, deja de lado la discusión sobre el papel de la interacción social, como un aspecto clave en la atención a la salud. Dado que esta última, si bien se basa en la realización de prácticas de cuidado a nivel individual, es desde el carácter colectivo, yendo desde la interacción entre pares, familia, e incluso instituciones, para consolidar o reforzar los actos de cuidado, como una práctica social con impactos en la salud colectiva.

De esta forma, los cuidados y la atención que refiero en este capítulo, como el uso de cubrebocas, el uso de gel antibacterial y la limpieza, la sana distancia, la vacunación, la autoexploración, la realización de pruebas, así como aquellos conjuntos de prácticas realizadas para curar y tratar la COVID-19, dan lugar a una descripción sobre la experiencia en los PSEA, que referiré en conjunto con aquellas representaciones sociales que los permearon. Es decir, a lo largo del capítulo se centra en un análisis integrado entre la multiplicidad de acciones, como prácticas, realizadas y transformadas, en torno a la disminución de vulnerabilidad, detección y recuperación sobre la emergencia sanitaria por COVID-19, así como las representaciones sociales que marcaron cada práctica y consolidaron los cambios, las transformaciones o el reforzamiento de estas en los estilos de vida individuales y colectivos, desde la experiencia de las juventudes universitarias.

## 1.3 El Proceso Metodológico<sup>4</sup>

La investigación de los PSEA desde las ciencias sociales ha transitado por distintos cambios y modificaciones, esto ha involucrado el uso de técnicas cuantitativas para la recopilación de datos y análisis de información, hacia el uso de herramientas cualitativas e incluso participativas. Las metodologías cuantitativas, promovidas principalmente desde las ciencias biomédicas, procuraban dotar a la información y explicaciones a la realidad, de un carácter objetivo y distanciado del objeto de estudio. Estos enfoques tienen como objeto describir las enfermedades a partir de cualidades cuantificables que abordan distintos criterios biológicos, físicos y ambientales, como los perfiles epidemiológicos o la investigación etiológica (Kaufman & Mezones-Holguín, 2013). Mientras, que las ciencias sociales complementan o generan nuevas explicaciones al considerar variables como la pobreza, clase social, trabajo, con el uso de técnicas de investigación como las encuestas o análisis de redes (Segura del Pozo, 2006).

La integración de los métodos cualitativos en el estudio de la experiencia subjetiva de los PSEA, como los grupos focales y las historias de vida, permitió identificar los elementos sociales, individuales y colectivos que tenían efectos en la prevalencia de enfermedades crónicas o tumores, de enfermedades mentales, de enfermedades de transmisión sexual, u otros malestares (Segura del Pozo, 2006). Sin embargo, esto ha dado lugar a debates en torno a las metodologías cualitativas, las cuales son problematizadas en torno a la forma en que se generan los datos, la validación de estos, los costos de ejecución y el cuestionamiento sobre la preferencia hacia el abordaje mayormente micro o localizado (Pernalet Ruiz & Villasana López, 2018; Castro, 2010).

Esto dio lugar a un periodo en el que se cuestionó la legitimidad y el uso de la investigación exclusivamente cuantitativa o cualitativa. De tal forma que durante los años 60 del siglo XX las ciencias sociales han impulsado la realización de estrategias de trabajo

---

<sup>4</sup> La presente tesis se ha beneficiado de la colaboración del Dr. Julian Santaella Tenorio, cuya participación fue fundamental en diversas etapas del desarrollo y consolidación de la investigación. Su experiencia y conocimientos en la construcción de herramientas metodológicas favorecieron la delimitación y el análisis de los datos recopilados.

interdisciplinario, para así resaltar los procesos de complementación de la información, la combinación metodológica y el análisis, hasta la triangulación de la información (Saldarriaga, 2013, pág. 62). Es decir, en los PSEA se reconoce la importancia de vincular aspectos generales y extensivos (cuantitativos) con la investigación a profundidad o intensiva (cualitativos), con el fin de poder entender la realidad desde los patrones y los procesos subjetivos de las personas, para explicar la diversidad y experiencias en las comunidades en torno a la salud y la enfermedad (Castro, 2010).

Actualmente algunos marcos metodológicos en la comprensión de los PSEA, dentro de la antropología médica como los de la epidemiología sociocultural, reiteran la integración de una visión de la realidad desde lo *micro* a lo *macro*, que nos permite analizar en un primer momento la interacción entre los individuos, así como la relación de estos actores con eventos a gran escala. Por ejemplo, desde la vigilancia comunitaria las y los involucrados en la intervención construyen una relación dialógica y democrática entre sus saberes y lo que indican los saberes “científicos” u oficiales a escalas mayores (Pernalet Ruiz & Villasana López, 2018). De este modo, la vigilancia permite a todos disponer de las herramientas y medios para comprender los PSEA, y al mismo tiempo responder de manera eficiente a las necesidades e intereses de la comunidad, desde la internalización de su contexto (Pernalet Ruiz & Villasana López, 2018; Hersch-Martínez, 2013), y las relaciones con otros elementos del entorno.

Entonces, centrándome en la investigación aquí desarrollada y con el objetivo de articular las áreas de la investigación social con lo que es una investigación en salud, el estudio recupera algunos de los principios fundamentales de la Investigación Acción Participativa (IAP), como lo son el desarrollo y la resolución de preguntas de investigación en directa relación con las necesidades o inquietudes de los colectivos o las comunidades con las que se colabora; la generación de procesos de investigación basados en el consentimiento informado; la promoción de la empatía, confianza y validez de los datos a través de la participación comunitaria en el diseño y elaboración de los instrumentos; y el fomento del pensamiento crítico sobre los problemas, en este caso alrededor de la salud y los cuidados (Minkler, 2005). Esto se llevó a cabo a partir de la implementación del Triple Autodiagnóstico como estrategia exploratoria.

De forma complementaria a los resultados de la estrategia participativa, se ejecutaron dos estrategias, que fueron aplicadas en distintos periodos: ella primero un cuestionario y la segunda una entrevista semiestructurada a profundidad. Estas herramientas se usaron con el objeto de recopilar información sobre las experiencias que habitaron las y los jóvenes, a partir de un propósito descriptivo de la experiencia durante la contingencia por COVID. Las entrevistas están centradas principalmente en la recopilación de la experiencia individual ante la contingencia, por lo que la información es mayormente subjetiva. Mientras que el cuestionario, fue implementado para dar cobertura a preguntas relacionadas con las condiciones de vida de las y los jóvenes, desde un enfoque mayormente descriptivo por lo que los datos recopilados con esta herramienta, fueron principalmente datos cualitativos nominales y ordinales, pero cuyo manejo se dió a través de una estrategia cuantitativa para la producción de porcentajes y gráficas.

Es necesario mencionar que la investigación se realizó aprovechando las oportunidades que brindó el ciberespacio y el consecuente uso de Internet dada la contingencia sanitaria, procurando las condiciones de estar en casa y no exponerse al padecimiento. En este sentido, Martorell y Canet (2013) describen los servicios virtuales como “aplicaciones que ponen en contacto a las personas a través de Internet”, y gracias a estos desaparecen las limitaciones físicas/presenciales además de permitir la comunicación que no dependiera de la simultaneidad del encuentro, permitiendo una variabilidad más amplia de interacciones que permiten agrupar a los individuos en comunidades virtuales.

El Internet, permitió por tanto consolidar un grupo para la implementación del Triple Autodiagnóstico (TAD), integrado por seis jóvenes y su servidor, quienes estábamos cursando los estudios universitarios, cumpliendo con el estándar de vivir en la ciudad de Morelia. Sin embargo, conforme las condiciones se fueron modificando al pasar del tiempo, la disposición para participar en el proyecto se encontró menguada y, por consiguiente se optó por ejecutar las otras dos herramientas con grupos de la Escuela Nacional de Estudios Superiores para dar continuidad a la investigación.



### 1.3.1 El Triple Autodiagnóstico

Esta investigación comenzó un año después de la declaración de la contingencia sanitaria, por lo que la estrategia de investigación inició con un ejercicio de TAD a través de plataformas digitales, como estrategia de aproximación al tema y actores que participaron en el estudio. El objetivo de Triple Autodiagnóstico fue identificar los cambios más importantes que detectaban las y los estudiantes en sus prácticas y percepciones en salud. Pero para complementar sus contenidos y profundizar en los hallazgos se hizo uso de entrevistas semiestructuradas y un cuestionario.

De acuerdo con Bickel (1999), el TAD presenta la cualidad de evitar la superficialidad con que se analiza una problemática que atraviesa los actores sociales. Esto se debe a que es una estrategia de investigación de carácter participativo que posibilita sobrepasar el análisis del investigador y la interpretación de los datos desde la visión academicista, y ofrece una transición hacia una perspectiva dialógica que incluye al grupo de trabajo, en términos de comprensión, apropiación y construcción del conocimiento. El triple autodiagnóstico integra elementos a analizar en tres dimensiones distintas: el contexto en el que participan los actores o el grupo de trabajo, la concepción que poseen los participantes alrededor de la situación, y las prácticas o acciones que generan en respuesta (ACCSS, 2016; Bickel, 1999). Por lo tanto, retomando a Bickel (1999) podemos entender estas tres dimensiones de la siguiente forma:

- El contexto es entendido como el entorno en el que se habita, trabaja, o lucha frente a una situación específica de carácter social, política, económica, medioambiental, cultural, etc.
- Las prácticas refieren a las acciones propias de una persona o de un grupo, determinadas no sólo por el acto sino en conjunto con los sentimientos e ideas que le mueven.
- La concepción, que será manejada dentro del concepto de representación social, congrega las ideas, las aspiraciones, percepciones y conocimientos por los que se dota de significado y valor a la realización o no realización de las prácticas.

El TAD, sirve para visualizar las interrelaciones entre distintos elementos de nuestro contexto cambiante, como lo económico,

lo político, lo medioambiental, o bien la historia, pero a su vez representa una visualización múltiple y no siempre compartida, dadas las divergencias entre las características de los individuos, sus identidades, sus valores, sus conocimientos e historia propia (ACCSS, 2016). Así, Bickel (1999) propone analizar la realidad por partes, dónde se integra el cuestionamiento de los quehaceres, su relación con el contexto, además de cuestionar las ideas y sentidos propios de los individuos o colectivos, con el objeto de confrontarlos por medio de un análisis crítico para así identificar los retos o desafíos a los que nos enfrentamos y deseamos modificar o atender.

El TAD, resultó idóneo para una primera aproximación al tema de investigación dado el carácter participativo que le caracteriza, para analizar las relaciones que generaron, mantuvieron y modificaron las y los jóvenes universitarios frente a la pandemia, a partir de las percepciones y las prácticas individuales y colectivas. La relación que el TAD tiene con la comprensión de los procesos que surgieron por la contingencia por COVID-19 y las transformaciones que detonó, a lo largo de los primeros dos años de la pandemia, se dialogaron con las y los participantes por medio de un análisis la realidad con base en las experiencias y saberes de un grupo de jóvenes universitarios en Morelia, en un entorno que cambiaba a velocidades vertiginosas y les orilla a múltiples modificaciones y dinamismo, incluso a contradicciones de sus conocimientos y quehaceres en los cuidados.

Para formar el grupo de estudio que participó en los grupos de reflexión que caracterizaron el TAD en la investigación, se llevó a cabo una entrevista individual (Anexo 1) con la participación voluntaria de 8 jóvenes de distintas carreras universitarias, por medio de una interacción enteramente virtual a través de la plataforma de Zoom. La entrevista fue realizada a finales de marzo del 2021, durante el comienzo de “la nueva normalidad”, y sirvió para identificar desde la experiencia de las y los jóvenes, los retos y dificultades que experimentaron a lo largo del primer año de la emergencia sanitaria, lo que permitió dar estructura y proponer temas de análisis en grupos de reflexión para profundizar en sus experiencias.

El grupo de estudio estuvo conformado por seis jóvenes estudiantes universitarios en Morelia y el investigador responsable. Los participantes provenían de diferentes licenciaturas, lo que

aportó una diversidad de perspectivas y experiencias al proceso de investigación. Entre las carreras representadas se encontraban Ingeniería Electrónica, Bioquímica, Ecología, Estudios Sociales y Gestión Local, Administración y Literatura. El objetivo del grupo era explorar las motivaciones, los desafíos y las estrategias de cuidado de los estudiantes en el contexto de la pandemia de COVID-19.

### **1.3.1.1 Grupos de reflexión**

Canales Cerón (2006) distingue dos dimensiones en torno a la investigación social, la primera enfocada en analizar lo que es el *saber*, refiriendo al conocimiento social resultado de un conjunto de acciones y comunicaciones entre un grupo o la colectividad; mientras el *deber* da cuenta de los modos de actuar entendidos como “correctos”. Los grupos de reflexión fueron implementados como espacios en los que los participantes, a través de la conversación libre de los participantes expresaron sus opiniones acerca de su “realidad” en común y dieron cuenta de los *saberes* y los *deberes*, así como las tensiones y contradicciones que enfrentaron entre estos elementos y sus propias experiencias subjetivas durante la pandemia.

Los grupos de reflexión fueron llevados a cabo en 8 sesiones que duraron entre 1 y 2 horas, contaron con la participación de un grupo heterogéneo de jóvenes en razón de los estudios universitarios que cursaban en ingenierías y licenciaturas como Bioquímica, Electrónica, Administración, Ecología, Estudios Sociales y Gestión Local, Literatura. En estos grupos, fueron abordados distintos temas y cuestionamientos, como: la presentación de los participantes, los objetivos a alcanzar a lo largo de los talleres, la concepción de la idea de riesgos a la salud, las redes de actores con las que interactúan en su cotidianidad durante la contingencia, los aspectos que consideraban podían afectar su estado de salud de forma positiva, las complicaciones que presentaron en la interacción con otras personas según las condiciones de la nueva normalidad, y sus expectativas a futuro sobre la pandemia.

Los grupos de reflexión se ejecutaron por medio de una estrategia que transitaba entre la idea de la conversación libre de los participantes y la conversación semiestructurada, por lo que iniciaron como desconocidos, pero a lo largo de los distintos talleres y su interacción, identificaron puntos de encuentro o similitudes en las situaciones que habitaron, gustos, o expresiones y percepciones compartidas, dando lugar a un espacio en el que

entre participantes se entendía su actuar, sentir y percibir, así como se podía visualizar un reflejo de la propia experiencia. Las distintas reuniones se llevaron a cabo a partir de una dinámica de preguntas en torno a un tema en particular, pero sin limitar la participación. Las sesiones comenzaron en agosto del 2021 y concluyeron en octubre del mismo año.

La primera sesión llevada a cabo el 8 de agosto del 2021, con 8 participantes en total, consistió en una actividad de presentación llamada “Nombre viajero”, en la que se procuró que las y los jóvenes se conocieran entre sí, ubicando hechos sobre las otras personas con un rostro, para luego encontrar puntos en común entre sus gustos e intereses, y algunos comentarios breves sobre la contingencia sanitaria de forma que pudieran establecerse entornos de confianza entre todos los participantes, para hablar con mayor profundidad y soltura en grupos posteriores.

La segunda sesión, realizada el 29 de agosto del 2021 con la asistencia de 5 estudiantes universitarios, fue llevada a cabo una vez concluida la primera jornada de vacunación de la población de 18 a 29 años, por lo que fue importante relatar y discutir el modo en que esta jornada fue llevada a cabo, a partir de una construcción conjunta de los hechos. Por tanto, en lugar de seguir una secuencia de preguntas organizadas o una actividad, la reconstrucción del evento fluyó a partir de los comentarios y experiencias individuales. Surgieron reflexiones sobre la seguridad que les proporcionaba la vacunación, los efectos adversos de esta, las complicaciones sociales y económicas que pudieron impedirles su vacunación en forma, y lo que percibieron durante y posterior al suceso.

El tercer grupo de reflexión se realizó el 3 de septiembre de 2021, con 6 participantes, consistió en la descripción de los grupos con quienes las y los jóvenes interactuaron cotidianamente durante la contingencia sanitaria. De este modo, fueron abordadas dos situaciones: en primer lugar, los retos y limitaciones que enfrentaron durante su interacción con otras personas; y conforme avanzó la discusión, se abordaron las dificultades que conllevó la interacción constante con otras personas, en términos de vulnerabilidad y riesgos de contagiarse de COVID-19.

El 10 de septiembre del 2021, como parte de la cuarta sesión, en la que contamos con la asistencia de siete personas, implementé una actividad rompe hielo con un juego virtual llamado “La Cura

del Virus” (Cazadores de Escapes, s.f.) que involucró dividir a los jóvenes en dos equipos. De esta forma, el juego permitió un espacio de interacción y entretenimiento, que a su vez promovió la comunicación entre las y los jóvenes para poder resolver los problemas mediante la comunicación. Esto permitió generar un espacio en el que las y los jóvenes comenzaron a compartir las estrategias que han implementado a través de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) con sus amigos para distraerse, acompañarse y disminuir el estrés o gestionar otras emociones ocasionadas por la incertidumbre.

La quinta sesión, el 24 de septiembre del 2021, que fue realizada por el grupo con un total de 5 jóvenes, estuvo enfocada a destacar las emociones que atravesaron las y los estudiantes universitarios, siendo esto un elemento que estuvo sujeto a muchos cambios y a retos internos de cada joven debido a la incertidumbre que la emergencia sanitaria ocasionó en sus vidas. Para lograr abordar la multiplicidad de emociones y las situaciones que las ocasionaron, con las y los participantes se solicitó presentar una serie de 3 imágenes que pudieran representar de forma visual elementos que los habían marcado desde el inicio de la contingencia sanitaria, fueran fotografías, dibujos, pinturas, capturas de pantalla. En las imágenes que incluyeron, hicieron referencia al cubrebocas, sitios web, cursos que tomaron, fotos familiares, recuerdos de viajes, u otras imágenes que les despertaron una amplia variedad de emociones durante la contingencia: tales como tristeza, desánimo, alegría y estrés.

En el sexto taller realizado el 8 de octubre del 2021, se realizó la actividad “Ojos, Rostro, Voz y Cuerpo”, que consiste en expresar una emoción o un personaje usando solo el elemento indicado. Se contó con la participación de 5 personas durante la sesión y con la ayuda de una joven universitaria externa al grupo para la implementación de la actividad. Al finalizar, se discutió sobre la experiencia, las dificultades y las formas de interpretar los roles asignados. Se observó que los ojos son muy expresivos, pero también ambiguos, siendo el uso del cubrebocas una barrera en lo que refiere a la comunicación no verbal. Aunado a esto, se cuestionó los modos en que se daba la interacción con otros, a lo que las y los jóvenes compartieron sus experiencias sobre la comunicación en línea, la dificultad de interactuar en las clases en línea sin encender la cámara, y cómo el tono de voz puede transmitir la actitud de una persona. También se

discutió el uso de emoticonos y stickers para agregar emoción a los mensajes de texto, y cómo la elección de palabras y la presentación de noticias pueden influir en la forma en que se interpreta la información. Finalmente, se reflexionó sobre cómo la información sobre COVID-19 se difundió en línea, yendo desde la comunicación entre pares y cómo esto pudo influir en la forma en que se percibió la enfermedad.

Finalmente, para cerrar los talleres el día 22 de octubre del 2021, se realizó una presentación y discusión sobre el quehacer cotidiano:, donde se puso en duda lo que se hace y dice en torno a los cuidados, considerando el avance en las jornadas de vacunación, las variaciones en los niveles de contagio presentes en octubre del 2021 en Morelia y en México; y cómo esto dio forma o transformó el modo en que el uso del cubrebocas, la desinfección y otras medidas de seguridad, comenzaron a disminuir y/o se cuestionó la pertinencia de dichas estrategias, considerando que para entonces comenzaba las preparaciones para el retorno a clases normales iniciando el 2022.

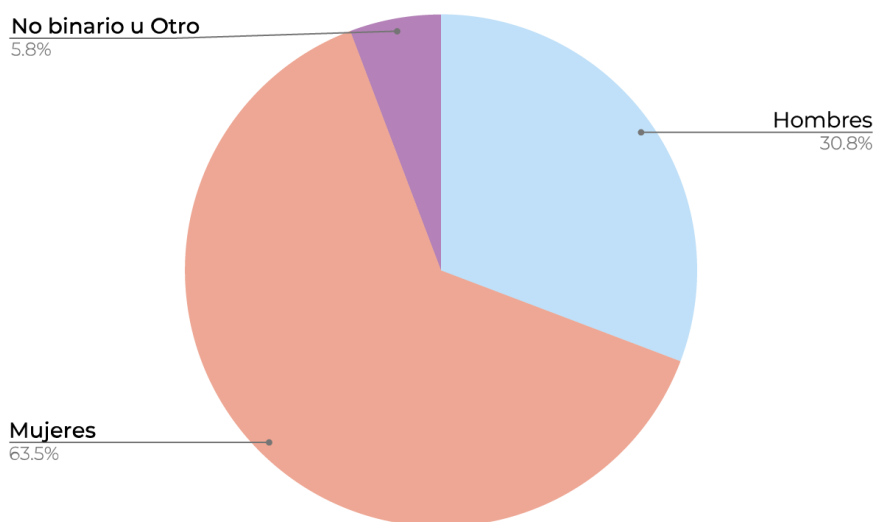
### **1.3.2 Cuestionario**

El cuestionario, de acuerdo con Canales Cerón (2006), consiste en un conjunto de preguntas aplicadas a un sujeto, en un orden determinado, en el que las respuestas pueden estar limitadas por un espacio restringido o una serie de opciones preestablecidas, con el objetivo de poder medir las opiniones, creencias o hechos en torno a situaciones de interés. De esta forma, la implementación a una escala mayor permite expresar de forma visual los resultados, congregando el conjunto de respuestas para poder explicar o entender determinada realidad de acuerdo con cierto tipo de índices o escalas de actitud o aptitud.

Esta estrategia comenzó a ser desarrollada debido a las inquietudes de las y los jóvenes en los grupos de reflexión, quienes sugirieron la pertinencia de conocer a mayor escala las condiciones que las y los estudiantes universitarios habitaban durante la contingencia sanitaria. De esta forma, el cuestionario fue desarrollado con la finalidad de complementar los hallazgos de las otras herramientas utilizadas en esta investigación, con información que pudiera brindar una cobertura mayor y así poder

respaldar, contradecir o localizar tensiones durante el análisis de la información. Por tanto, el cuestionario estuvo enfocado en dar cuenta de las experiencias durante el confinamiento, y poder recolectar mayores opiniones en torno al ejercicio de las medidas de seguridad, así como de las estrategias de cuidado.

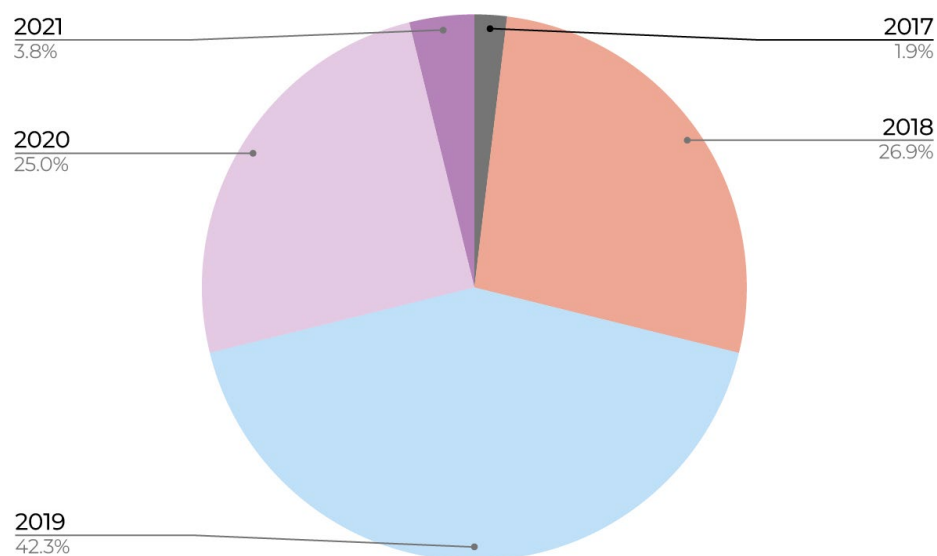
Los participantes fueron seleccionados en relación con los perfiles de quienes participaron en los grupos de reflexión. El cuestionario fue respondido por jóvenes universitarios, de la ENES MORELIA, en las licenciaturas de Ciencias Ambientales y Estudios Sociales y Gestión Local, que cursaban sus estudios en el contexto de crisis sanitaria, y aún no habían concluido la universidad al momento de la aplicación del cuestionario entre el mes de diciembre del 2021 y enero 2022. Este cuestionario fue distribuido durante clases virtuales con distintos grupos, en los que las y los docentes proporcionaron un espacio con su autorización, para presentar el cuestionario y aplicarlo con los estudiantes en un periodo de 15 minutos. Como se muestra en el gráfico 1, se contó con un total de 52 respuestas, de las cuales 33 fueron mujeres (naranja), 16 fueron hombres (azul) y 3 se identificaron como No binario o prefirieron no dar respuesta (morado). Mientras, en el gráfico 2, podemos notar que las y los estudiantes universitarios, refirieron haber iniciado sus estudios universitarios entre el 2017 y el 2021, sin embargo, esto no da indicios sobre si sus estudios se vieron interrumpidos en algún momento desde la contingencia por COVID-19.



**Gráfica 1.**

*Distribución por género de participantes en el cuestionario.*

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



**Gráfica 2.**  
Distribución por año de ingreso a la universidad.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

El cuestionario estuvo estructurado en nueve secciones, con un total de 45 preguntas (Anexo 3). En un primer momento, contó con un apartado de presentación del proyecto, así como un acuerdo de confidencialidad de la información. En el cuerpo de la herramienta mencionada, las secciones comprendieron la siguiente información: datos personales e información de ingreso a la universidad (6 preguntas); Vivienda y Cuidados (8 preguntas); Actividades (6 preguntas); Historial de Salud y COVID-19 (5 preguntas); Historial COVID-19, positivos<sup>5</sup> (3 preguntas); Vacunación (3 preguntas); Prácticas de cuidado (7 preguntas); la “Nueva normalidad” (4 preguntas) y Agradecimientos, invitación a participar en la entrevista “Cambios y Retos” así como el consentimiento al uso de la información (3 preguntas). Los datos aquí recopilados fueron procesados y analizados para la producción de las gráficas que se incluyen en el presente trabajo y dan soporte a los testimonios recopilados en las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión.

---

<sup>5</sup> Sólo estuvo disponible para quienes en algún momento de la contingencia tuvieron conocimiento de haber enfermado de COVID-19.



### **1.3.3. Entrevistas semiestructuradas**

Las entrevistas, son definidas como una técnica de comunicación directa entrevistador-entrevistado en la que se intenta recuperar información verbal, oral, gestual y corporal, lo que incluye aspectos como tonos, expresiones, ritmos, silencios o pausas (Canales Cerón, 2006, p. 219-220). Por lo que esta herramienta, desde su implementación semi estructurada, fue utilizada para conocer algunos de los aspectos subjetivos relacionados con las percepciones y prácticas de cuidado.

Es así como surgieron 3 ejes de entrevista en tres momentos distintos. En un primer momento (Anexo 1), la entrevista fungió como forma de aproximación a la reflexión del entrevistado y así también promover su participación en los grupos de reflexión. Estas entrevistas comprendieron un total de 15 preguntas y contó con la participación de 7 estudiantes, de los cuales solo 5 accedieron a participar en los grupos de discusión. Como esta entrevista fue usada para la aproximación a campo, se procuró contar con la participación de estudiantes de diversas licenciaturas en Morelia, de forma que se pudiera acceder a una variedad de experiencias, que no estuviera determinada por un proceso formativo en específico.

Posteriormente, con los grupos de discusión en marcha, se realizó una segunda entrevista, que sólo fue realizada con una joven estudiante que participaba en los grupos de reflexión dado que era la única que había enfermado de COVID en el primer año de la contingencia. Así, esta entrevista, comprendió el tema de los riesgos, las dificultades y los retos a los que se enfrentó durante el momento en que enfermó ella y su familia (Anexo 2). Constó de un aproximado de 12 preguntas, en las que se incluyó el abordaje de la salud, el bienestar y la enfermedad, dentro de la comprensión del episodio de la enfermedad, así como las relaciones sociales, educativas y laborales que pudieran haberse visto modificadas.

Finalmente, contando con un total de 21 participantes, la tercer entrevista con la que se dio el cierre al proceso de investigación en marzo del 2022, fue diseñada con la finalidad de lograr una mayor profundidad en aspectos de corte subjetivo que no fueron incluidos en el cuestionario, o en los que era necesario extender y profundizar en las experiencias de las juventudes,

comprendiendo contenidos como los cambios sobre el estado de ánimo o estado físico individual, la organización y uso de los distintos espacios en los que interactúan, nociones sobre la salud y enfermedad, y los cambios y retos en torno a los cuidados y la prevención (Anexo 4). Esta entrevista fue dirigida a estudiantes de las licenciaturas en Ciencias Ambientales y Estudios Sociales y Gestión Local, debido a que, considerando el retorno a actividades presenciales, la investigación fue limitada para procurar la seguridad y prevención de contagio tanto al investigador como a los participantes, al procurar no realizar traslados y por tanto disminuyendo la exposición a la COVID-19.

La realización de las entrevistas dependió mayormente de las y los jóvenes, por lo que en algunos casos fue a través de medios virtuales mientras en otros casos fue presencial, lo cual dotó de riqueza a la investigación, no sólo por las respuestas, sino por el modo en que estas eran dadas según el contexto y el entorno en que se efectuaba la entrevista. Para esto, se le solicitó a cada entrevistado una fecha y horario específicos, con la finalidad de tener privacidad durante la realización de la entrevista, así como para proporcionar las herramientas que fuesen necesarias según los casos: en medios virtuales se les solicitó un espacio solitario en el que pudieran no tener interrupciones, conexión medianamente estable a internet, y se les brindó un enlace para una videollamada, así como la solicitud de poder grabar la entrevista, se presentó el acuerdo de confidencialidad y se explicaron los contenidos de la entrevista; mientras que en las entrevistas presenciales o frente a frente, se procuró estar en espacios al aire libre, con cierta privacidad de otras personas, e igualmente se presentó la solicitud de grabar la entrevista, además se procuró informar a los participantes sobre la forma de trabajo y el uso de la información, con tal de no transgredir su confianza y a su vez construir espacios seguros.

### 1.3.4 Consideraciones Éticas

Dentro de la investigación sobre los cambios y transformaciones en prácticas y representaciones en torno a la salud y la enfermedad se planteó una serie de consideraciones éticas a seguir. En primer lugar, obtuvo el consentimiento informado de los participantes, es decir, su acuerdo libre y voluntario para participar en la investigación después de haber sido informados de los objetivos y métodos del estudio. El consentimiento informado fue establecido por escrito e incluyó la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, así como la eliminación de los datos personales recolectados.

En segundo lugar, la preservación de la confidencialidad de la información recogida, es decir, limitar el acceso a los datos identificativos de los participantes y que estos no sean divulgados ni utilizados para fines distintos a los de la investigación. Cabe añadir que, en la información presente aquí en la investigación, se usaron seudónimos para preservar la confidencialidad e identidad de las y los participantes.

Como estudiante universitario, que a su vez procuró llevar una investigación sobre los efectos de la contingencia sanitaria por COVID-19, en compañía de otras y otros jóvenes universitarios, considero que permitió consolidar un ambiente de empatía, debido a la cercanía generacional y la afinidad frente a un acontecimiento que nos interpelaba de formas similares.

Por lo que llevar a cabo esta investigación tuvo distintas implicaciones por ser un joven universitario: por un lado, la similitud de experiencias permitió establecer una relación de confianza y respeto entre quienes participamos, y facilitó el acceso a la información y el desarrollo de la investigación; por otro lado, en todo momento busqué mantener los principios éticos y metodológicos para construir un espacio de cuidado y atención colectiva, y dar voz a nuestras experiencias, lo que permitió el reconocimiento de las fragilidades a las que nos enfrentamos.



# Capítulo 2:

## Habitar en Tiempos de COVID-19

*Cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica; el que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad, sino dejarla ser.*

- Browe (s.f., citado en Mínguez Arias, 2000, p. 102)

### 2.1 Introducción

Los procesos de salud-enfermedad y atención (PSEA) desde las experiencias de jóvenes universitarios en Morelia, durante los primeros dos años de la pandemia por COVID-19, comprendió un campo de luchas constante entre los hábitos de vida preexistentes frente a la adopción de nuevas actividades en las rutinas, la adaptación de los espacios habitados y la construcción de acuerdos con las personas alrededor. Este enfoque, según los elementos sometidos a análisis nos permite comprender la vida diaria que habitaron las y los jóvenes durante la pandemia, así como identificar los cambios y transformaciones en torno a las prácticas. El estudio de esta dimensión, ubicándolo en el contexto de la contingencia sanitaria por COVID-19 nos ayuda a comprender la experiencia de vivir, enfermar, curar, sanar y prevenir padecimientos, malestares y enfermedades.

De esta forma, este capítulo se centra en caracterizar las tensiones dadas alrededor del entorno que habitaron las y los estudiantes, y las prácticas de autocuidado y autoatención que ejecutaron, adoptaron, acordaron y transformaron a lo largo de los dos primeros años de la contingencia sanitaria. En el primer apartado, se describirán las transformaciones que efectuaron las y los estudiantes universitarios con su entorno, esto considerando: las relaciones interpersonales que mantuvieron, adquirieron o adaptaron; las actividades que realizaron y la forma en que usaron los distintos espacios en que se desarrollaron, como elementos en los que se reflejaron los cambios y las transformaciones dentro de lo que entendemos como prácticas y como representaciones sociales.

En el segundo apartado, por tanto, se describen las prácticas de cuidado y atención, desde los actos realizados de manera consciente y premeditada, hasta los elementos de cuidado que gradualmente fueron interiorizados hasta formar parte de las actitudes y los hábitos de vida diarios de las y los estudiantes. En los que cada uno parte de actos que surgen desde un individuo, pero que de alguna forma tienen implicaciones en lo colectivo.

El capítulo centra la atención en la descripción y sistematización de los cambios y transformaciones que tuvieron lugar desde la experiencia de las y los jóvenes, ante la contingencia sanitaria. Cambios que tuvieron efectos en las vidas de las y los estudiantes, quienes por consecuencia modificaron las relaciones que mantienen como personas que pertenecen a distintos grupos, como la familia, la escuela, los amigos, y el trabajo; modificaron en ocasiones sus roles dentro de cada grupo, también transformaron las formas de interactuar y habitar en distintos espacios, y realizaron distintas actividades para cuidar y atender la salud de ellas/os y de las personas en sus distintos entornos.

## **2.2 Periodos para comprender la contingencia por COVID-19**

A partir el descubrimiento de la nueva cepa del virus SARS-CoV-2 (COVID-19) a finales del 2019, la pandemia por este virus fue declarada la pandemia el 11 de marzo del 2020 por la Organización Mundial de Salud (OMS, 2020, en Tavera-Fenolosa y Martínez, 2021). En México la declaración de la contingencia sanitaria emergente sucedió el 29 de febrero del año en cuestión (Miranda, P., y Morales, A. 2020), dando lugar a la implementación de estrategias para mitigar o reducir los riesgos de contagio por COVID-19. Desde el inicio de la pandemia en el país, se hizo de conocimiento público que la transmisión del virus se daba por medio de aerosoles, es decir que el virus se transmitía a través de partículas de agua y que las principales puertas de entrada de este eran la vía nasal, bucal o por los ojos (BMJ Best Practice, s.f). Las principales estrategias de prevención y cuidado fueron la promoción del uso de gel antibacterial, uso de cubrebocas, toma de temperatura, desinfección de calzado, o la reducción del contacto social dada a través del cierre de espacios como

escuelas, comercios, establecimientos, oficinas públicas y otros espacios sociales, y la transformación de la modalidad de funcionamiento de distintas actividades de lo presencial a una modalidad virtual (Tavera-Fenollosa y Martínez, 2021; Herrera Galeano & Rico Malacara, 2021).

Estas acciones, en términos generales llevaron a una transformación de los estilos de vida de las personas, en los que instauraron nuevas formas de llevar a cabo sus distintas actividades, e integraron o reforzaron actitudes en torno a los cuidados y la atención de la salud, repercutiendo a su vez en la forma de interactuar con los demás. Así pues, la pandemia puede ser concebida, de acuerdo con Herrera Galeano y Rico Malacara (2021) como un acontecimiento “disruptivo del orden social” al inducir a la reconfiguración de los patrones de comportamiento establecidos y llevar hacia la adopción de nuevos.

Bajo este panorama, la pandemia permite vislumbrar la forma en que una enfermedad traspasa las vidas de las personas y como la salud pública y colectiva puede verse afectada o modificada por la comprensión y el actuar de los individuos, o la interacción entre ellos (Herrera Galeano & Rico Malacara, 2021). Por esto, la COVID-19 ha pasado a ser reconocida como un acontecimiento histórico, dado que ocasionó cambios organizacionales a escala micro, y repercutió en una escala macro al inducir transformaciones dentro de los ámbitos económicos, políticos y sociales de la cotidianidad de las sociedades. Asimismo, la pandemia ha conllevado al reconocimiento de las desigualdades ya existentes o su incremento, al mostrar tanto las diferencias entre individuos, como entre comunidades y naciones (Méndez, 2021).

El análisis de la variedad de efectos que tuvo un fenómeno como la contingencia sanitaria en México y el planeta, así como el análisis de las estrategias de mitigación de efectos económicos, sociales, políticos y en salud, han dado lugar a diversos estudios que dan cuenta de la realidad que representó el COVID-19. Esto lo podemos notar en las investigaciones vinculadas a las características biológicas del virus, las afectaciones de la enfermedad desde el área médica y epidemiológica.

Además, desde el área social han sido desarrollados distintos artículos e investigaciones que describen las implicaciones o transformaciones sociales en relación con el padecimiento de COVID-19 en la sociedad mexicana.

Como ejemplo de lo anterior cito algunos ejemplos: la evaluación de políticas públicas en México, Knaul et al. (2021) demostraron el papel de las gubernaturas para mitigar los contagios, pero remarcaron que las estrategias implementadas entre los distintos estados carecieron de una respuesta coordinada a nivel nacional; por otra parte, Sixto-Costoya (2021), destacó los efectos o repercusiones que tuvo la contingencia sanitaria en cuestiones de salud mental, especialmente en quienes consumen opiáceos, tabaco o alcohol, y que podían desembocar en un incremento de casos de sobredosis; García-Rodríguez et al (2021) abordaron las condiciones y posibilidades de sociabilidad por medio de las redes sociales, en torno a las políticas establecidas frente al COVID-19 en México; y Arias Guzmán et al. (2021), investigaron las condiciones de habitabilidad en la vivienda, los límites del distanciamiento y el entorno urbano durante la contingencia sanitaria.

En cambio, dentro de lo que es el tema de investigación sobre la experiencia de las juventudes universitarias durante la contingencia, Tavera-Fenollosa y Martínez-Carmona (2021) describieron el fenómeno desde la categoría de acontecimiento como una “ruptura instauradora a nivel de la temporalidad, inteligibilidad y experiencia”, pero cuyos resultados dan cuenta de las tensiones existentes respecto el papel de las juventudes como actores que promueven la propagación del virus, según la perspectiva adultocéntrica. Además de destacar la comprensión de ellas y ellos sobre las implicaciones de la contingencia sanitaria en la Ciudad de México. Por ello, en esta investigación describo los procesos de cambio que las y los jóvenes universitarios pasaron durante los primeros dos años de la contingencia sanitaria, en la ciudad de Morelia, y reconstruyo los distintos elementos a partir de los testimonios de distintas/os jóvenes universitarios durante este mismo periodo, como una forma de rescatar y describir la experiencia de habitar distintos espacios durante un acontecimiento como esta contingencia sanitaria por COVID-19.

Para comprender los cambios en las formas de actuar y quehacer que emergieron durante este acontecimiento, y las formas como fue vivido por las y los estudiantes universitarios, es necesario ubicar los momentos que caracterizaron a la contingencia sanitaria, para así posicionar en distintos momentos las transformaciones dadas dentro de las y los jóvenes. En este sentido, para lo que refiere a este trabajo ubicamos cuatro periodos en los que se pueden ubicar los cambios, estos los llamaremos como: confinamiento total, reactivación económica, nueva normalidad parcial y el retorno total.



## Confinamiento Total



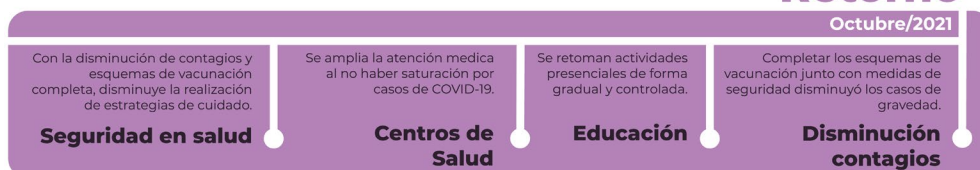
## Reactivación económica



## La nueva normalidad



## Retorno



**Diagrama 2.**  
*Línea del Tiempo.*

Elaboración Propia.

En el Diagrama 2, están representados los distintos procesos y características sobre aquellos cambios y transformaciones sociales que tuvieron lugar respecto a la forma en que se reestructuraron los espacios desde la prevención y el cuidado como ejes principales, y que se relacionan con las reconfiguraciones que sucedieron en las relaciones que tienen las y los jóvenes con las distintas personas que conviven, así como los temas de los siguientes capítulos: las prácticas, las percepciones y los conocimientos en salud. Elementos de análisis que involucran diversas constelaciones de actividades, sensaciones, emociones y estrategias de atención y cuidado a la salud, desde el interior de las estructuras sociales al ser propias de los individuos y compartidas entre lo colectivo.

## 2.2.1 Primer momento: Confinamiento total

El confinamiento total tuvo lugar desde la declaración de la contingencia sanitaria en México desde el 19 de marzo del 2020, y estuvo caracterizado por el cierre temporal de empleos, negocios, escuelas y otros espacios donde la interacción social era inevitable y pudiera ocasionar un brote epidemiológico. Esto implicó la instauración de un nuevo orden que priorizó las necesidades de primera mano, como la alimentación y la salud, y las actividades económicas vinculadas a ello según su relevancia y posibilidad de ser o no suspendido, donde centros comerciales y hospitales, por ejemplo, mantuvieron sus actividades, pero modificaron sus formas de funcionar.

En hospitales y centros de salud se implementaron los Lineamientos para Reversión Hospitalaria, estos refirieron a la reconstitución o postergación de actividades hospitalarias, en que se instauraron la atención a pacientes de la COVID-19 como una necesidad emergente y se pospusieron operaciones o tratamientos de acuerdo con su urgencia médica; a su vez, implicó el desborde de la capacidad de atención médica, en la que el equipo de salud (médicas/os, enfermeras/os y personal de limpieza), estuvo expuesto a mayores riesgos de contagio, y mayores exigencias físicas y mentales por lo que refiere a la integración de nuevas dinámicas de seguridad y sanidad, así como periodos más demandantes de trabajo.

Por tanto, al ser espacios dedicados y vinculados con la atención médica por COVID-19, la búsqueda de acompañamiento o atención médica en los hogares quedó rezagada a ser un proceso únicamente dentro de la unidad habitacional. Es decir, mientras los malestares pudieran ser atendidos y resueltos dentro del hogar, sea con el uso de tratamientos alternativos, hacer uso de los servicios médicos con profesionistas de cualquier tipo no era frecuente, a menos que dentro de la autoevaluación del estado de salud destacara la necesidad de hacer uso de algún tratamiento específico.

En contraste, los centros comerciales limitaron el aforo y las posibilidades de ingreso, así como los límites de compra en ciertos bienes, en respuesta a las compras de pánico que hubo en torno al papel sanitario, gel antibacterial y desinfectantes, elementos que corresponden a las distintas estrategias sugeridas de prevención dentro y fuera del hogar. Además, incluyó la instauración de puestos de sanidad, donde los comercios estuvieron encargados de disponer al público tapetes para la

desinfección de calzado, la colocación de termómetros como estrategia de detección de altas temperaturas al ser un posible síntoma del COVID-19, sanitización a cuerpo completo o el uso obligatorio de gel antibacterial, y la desinfección de carritos de compras, al ingresar a cualquier supermercado. Estos espacios no hacen referencia de restaurantes, bares o cafeterías, debido a que su apertura al público no estaba autorizada.

Dichas medidas, en hospitales, centros de salud y espacios comerciales representaron gran parte de las transformaciones de la vida social fuera del hogar, para las juventudes y sus familias durante los primeros meses, al limitar el contacto social y promover el aislamiento y el confinamiento. Por ello, indirectamente también influyeron en lo que refiere al confinamiento en la vida privada o el hogar.

Respecto a los impactos que tuvo este periodo dentro de la vivienda, el acontecimiento más destacable fue el traslado de las actividades presenciales, como la educación, algunos tipos de trabajos y las actividades recreativas o de entretenimiento, hacia una modalidad virtual o a distancia. Esto tuvo dos acontecimientos importantes: la implementación y adopción de las consignas de seguridad y sanidad dentro del hogar, y el uso y papel de las tecnologías para la información y comunicación (TIC) durante la instauración del confinamiento. Las TIC se refieren a los medios de comunicación tradicionales como la televisión o la radio, y los medios digitales o móviles como redes sociales o teléfono. Esto debido a que cada uno de los medios, en sus distintos formatos permitieron difundir y dar a conocer distintos aspectos en torno a un padecimiento.

Por lo que dentro de la información que se podía encontrar a través de las TIC, se centró en dos perspectivas, en ocasiones complementarias y en otras opuestas, sobre el contenido: por un lado, información sobre campañas de salud a favor del bienestar de la población, tanto desde la comunidad científica/académica como institucional o gubernamental (Arroyo-Sánchez, 2020); y por otro lado, noticias, rumores o información engañosa que pueden tener efectos emocionales en los usuarios de los medios de información, o incluso llevar a estos a realizar actos poco favorables para su economía o salud en torno al padecer COVID-19 u otra o malestar (Acosta-Quiroz & Iglesias-Osores, 2020; de Almeida-Filho, 2021).

Fue entonces que gracias a estos medios se dio difusión a gran escala de distintas consignas que involucraron la adopción de ciertas prácticas, como lo eran: “quédate en casa”, “mantén sana distancia”, “usa cubrebocas”, “usa gel antibacterial”, “lávate las manos”, “desinfecta las superficies y objetos” y “limpia y desinfecta alimentos antes de guardarlos o prepararlos”. Estas frases como se puede notar no refieren únicamente a la inserción de hábitos en la vida diaria de la población, sino que algunas de estas procuraron reforzar costumbres e insertar una expectativa más vigilante de la higiene. Mientras otras como el confinamiento en casa, y el cubrebocas, se insertaron como mensajes destinados a promover hábitos de cuidado, tanto de prevención de contraer el virus, como esparcirlo.

## **2.2.2 Segundo momento: Reactivación económica**

El segundo periodo, que refiere a la reactivación económica, tuvo lugar desde el 1o de julio del 2020, a tres meses del confinamiento general, y se mantuvo hasta marzo aproximadamente del siguiente año con las jornadas de vacunación. En este periodo el retorno a espacios como restaurantes, u otros oficios estuvo relacionado con la instauración del semáforo epidemiológico. Este semáforo estableció cuatro valores en relación con distintos marcadores como las capacidades de atención sanitaria, la capacidad hospitalaria, el nivel de contagios en la población. Y fue a partir de estos valores que el retorno a actividades tomó lugar desde su instauración, hasta el 2022. O como indicaron en el programa de Nueva Normalidad por parte del gobierno:

*En lo relativo al ámbito económico, en las regiones identificadas con color rojo (con riesgo epidemiológico máximo), estarán permitidas únicamente las actividades esenciales que no se han detenido desde el inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia, añadiendo las actividades dentro de los sectores de construcción, minería y fabricación de equipo de transporte. En las regiones identificadas con el color naranja (riesgo epidemiológico alto), además de las actividades esenciales, las actividades no esenciales podrán reactivarse, aunque deberán realizarse con una capacidad de únicamente el 30% del personal y con medidas de sana distancia estrictas. (Gobierno de México, 2020).*

Es conveniente destacar que este periodo comprende principalmente a los niveles “rojo” y “naranja”, como fue indicado a nivel nacional, o “naranja” y “amarillo” en el caso de Morelia, Michoacán. No obstante, a pesar de haber limitaciones sobre las actividades económicas esenciales este periodo permitió distinguir las complicaciones para la efectuación correcta de dichas condiciones, dado que las condiciones económicas y laborales del país, impedían la continuación del aislamiento en el hogar. Esto estuvo relacionado con los empleos informales, porque durante el periodo de marzo a junio del 2020, muchos negocios formales desaparecieron, y en respuesta algunos micronegocios se constituyeron dentro de la informalidad, permitiendo ser la fuente principal de ingresos, y por tanto de sustento, de muchos hogares, cuando el porcentaje por sí era alto anterior al confinamiento, pasando de un 47.7 a un 51.8% (Forbes Staff, 2020; Barragán, 2020).

Por lo que esta posibilidad de otro manejo y gestión de los negocios promovió la circulación de bienes y servicios de una forma más eficiente. Posteriormente, al haber una apertura más amplia en torno a las actividades económicas, y así dio lugar a mayores flujos económicos y de bienes en la sociedad, o incluso autorizando la compra de alimentos en restaurantes, la compra de materia prima con menores controles y la venta de alimentos bajo una modalidad de entrega a domicilio, sin autorizar la ingesta en el interior de establecimientos de comida o superar los niveles de aforo máximos recomendados.

A su vez, con esta apertura, también se permitió la realización de actividades al aire libre, invitando a la gente a no exponerse al contagio promoviendo mantener la sana distancia y el uso de cubrebocas en todo momento, y evaluando si la realización de la actividad en exteriores es necesaria o puede ser postergada u omitida. Por lo que facilitó la realización de ejercicio al aire libre u otras actividades de esparcimiento, pero con el precepto de evitar espacios altamente concurridos.

Estos cambios, no resultan necesariamente significativos dentro de lo que refiere a la vivienda, en relación con la forma en que se organizan las actividades. Pero involucró nuevas oportunidades de dispersión en torno a otras opciones de actividades fuera del hogar, como caminar o hacer ejercicio, y también involucró el reforzamiento de las medidas de seguridad si la exposición era cometida tanto en la procuración de la salud, los alimentos y el trabajo, así como el esparcimiento que describo brevemente.

### **2.2.3 Tercer momento: La nueva normalidad**

El tercer momento, que refiero como “nueva normalidad”, tuvo lugar aproximadamente entre los meses de marzo y septiembre del 2021, refiere a un periodo en que, debido a la reducción de las tasas de contagio, permitió la apertura al público de espacios cerrados, conservando un aforo reducido; mientras en torno a los espacios laborales, este aforo pudo aumentar permitiendo la realización de actividades presenciales tanto en lo que respecta a las actividades esenciales como no esenciales. Por tanto, esta nueva normalidad involucró la apertura de espacios recreativos o entretenimiento como eventos artísticos al aire libre o funciones de cine, o la posibilidad de consumo en restaurantes.

Esto, más allá de la reducción de tasas de contagio, también estuvo vinculado con las jornadas de vacunación, que habían comenzado en diciembre del 2020, pero que en lo que refiere a este periodo en cuestión, se consolidó gracias a la cobertura de los grupos etarios más jóvenes (Secretaría de Salud, s.f.), permitiendo dar cobertura a conjuntos poblacionales más amplios, por consiguiente, reduciendo la demanda hospitalaria al decrecer también los casos de gravedad por COVID-19.

Por tanto, estos avances en términos de aperturas o incremento de aforo, dio lugar también a un incremento de alternativas de interacción fuera del hogar, con finalidades distintas a la solución de necesidades de subsistencia. Por tanto, las actividades mencionadas como las funciones cinematográficas o artísticas, actividades al aire libre, el consumo en restaurantes, incluso la compra en supermercados o centros comerciales se pudo reinstaurar dentro de las acciones habituales que podían realizar las personas para conectar con otros, por medios distintos a la virtualidad, y sin limitantes en relación con las edades u otras consideraciones.

No obstante, dentro del retorno, lo educativo no contaba aún con fecha establecida para su realización, especialmente porque el retorno a actividades en el nivel superior implicaba no sólo una reestructuración o readaptación de planes de estudios en torno a lo presencial, sino que también involucraba la planeación en torno a la habitabilidad. Esto último considerando que, en lo que es el caso específico de Morelia, no todos los estudiantes vivían para entonces en la ciudad, siendo esta de hecho, una ciudad estudiantil en la que algunas/os estudiantes universitarios pueden ser categorizados como “foráneos” y cuya residencia implica desde

el desplazamiento por temporadas cortas (de unas semanas) a medianamente largas (semestralmente). por tanto, establecer una fecha cuando los contagios todavía eran representativos, pudo haber llevado a un repunte en cuestión de los contagios.

### **2.3.4 Cuarto momento: Retorno**

De esta forma, el cuarto y último momento se refiere al retorno total a actividades presenciales, que comprendió un proceso de readaptación al entorno escolar, de forma híbrida dentro del periodo que corresponde a octubre del 2021 a febrero del 2022. Esto permitía a las y los estudiantes universitarios atender sus necesidades en torno a cuestiones como la vivienda (para aquellos que implicaba un traslado de una ciudad a otra), o la resolución de estrategias económicas para poder apoyar a sus familias si era necesario e integrar en el periodo destinado a estas, las actividades escolares de forma paulatina o híbrida.

Por tanto, fue hasta este periodo, que, en conjunto con tasas bajas de contagios, o luz “verde” como refería el semáforo epidemiológico, permitió la reintegración de la escuela como un espacio de convivencia e interacción para las y los estudiantes universitarios. Además, que en caso de las personas que mantenían dudas sobre la seguridad que implicaba el retorno a actividades para la salud de ellas y ellos, y de sus familiares. Mientras que tener esquemas completos de vacunación, favoreció en proporcionar seguridad para ingresar a los distintos espacios y hacer uso de distintos servicios.

En los distintos espacios mencionados en los periodos anteriores implicó variaciones mínimas pero significativas. En cuestiones hospitalarias, se mantuvieron los espacios de atención a pacientes de COVID-19, pero la demanda de estos servicios se redujo lo suficiente como para ampliar también la atención médica y quirúrgica ante otros padeceres (Secretaría de Salud, 2020). En relación con los espacios recreativos, esparcimiento y de consumo, los aforos controlados desaparecieron, pero la solicitud del uso de cubrebocas se mantuvo, a menos que las entidades de cada estado autorizara un escenario distinto.

En cambio, un elemento relevante para las y los jóvenes en los distintos períodos fue el transporte público como espacio de exposición elevada en todo momento. Este espacio no fue abordado con anterioridad, ya que, aun habiendo sugerencias sobre la ocupación y el llenado del automóvil o autobús, estos lineamientos no fueron seguidos en su totalidad. Por ello, el contacto con otras personas en estos medios era inevitable y se desconocía el nivel de riesgo al que se exponían las juventudes u otras personas al hacer uso del servicio. En respuesta a ello, la regulación sobre el uso del transporte respondió principalmente a la consideración del usuario, sobre su noción de seguridad o inseguridad.

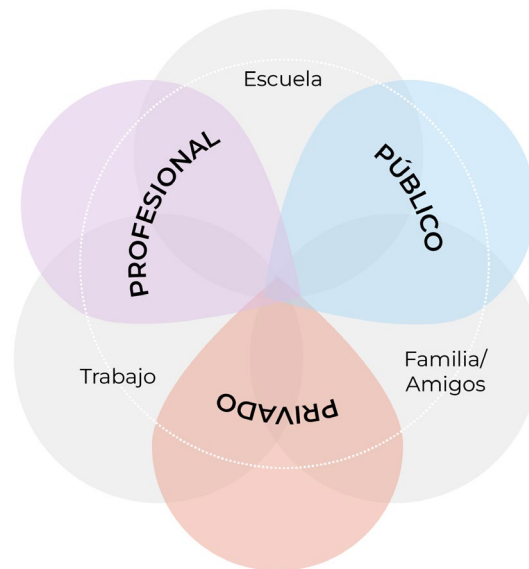
## **2.3 Las juventudes, sus grupos y entornos sociales**

Para comprender la experiencia de las y los jóvenes universitarios durante la contingencia sanitaria, respecto a las condiciones de habitabilidad y sociabilidad, es necesario abordar la relación que mantienen con los grupos sociales a los que pertenecen y los espacios en los que se desenvuelven: la familia en la unidad habitacional, las amistades en los espacios de convivencia privados y/o recreativos, las relaciones académicas en la universidad y lo laboral. En cada uno de estos espacios, las y los estudiantes construyeron, cambiaron y transformaron sus relaciones y dinámicas tanto a nivel individual como colectivo. De esta forma, en el Diagrama 3, se presentan las esferas sociales en las que participan las y los estudiantes universitarios, de forma que se puede distinguir en tres entornos principales, que dan indicios sobre el desarrollo de su comportamiento, según si es un entorno privado, público o incluso profesional.



**Diagrama 3.**  
*Grupos y entornos en los que interactúan las y los estudiantes universitarios.*

Fuente: Elaboración durante el desarrollo del Triple Autodiagnóstico.



El análisis de los cambios que vivieron las y los jóvenes ante la contingencia sanitaria se realizó retomando el concepto de agencia, el cual reconoce la diversidad de toma de decisiones, en la realización u omisión de un conjunto de acciones, y sus consecuencias (Pearl [2009], citado en Oakes & Kaufman, 2017). Además, que es a partir de estas acciones que se refleja las capacidades de injerencia de las y los jóvenes en sus entornos y los procesos de consolidación o adaptación de sus hábitos y sus prácticas de cuidado, la adopción de nuevas actitudes de atención, y la negociación de nuevos usos de los espacios y de las herramientas a disposición, en respuesta a las condiciones en que se encontraban. Por lo que, la contingencia sanitaria como acontecimiento central, permite reconocer estas capacidades de agencia, a partir de la experiencia de las y los jóvenes y su desenvolvimiento durante el fenómeno, sea respecto con las relaciones que establecieron con distintas personas, las formas de habitar los espacios y los modos en que esto permitió cambiar e introducir nuevas prácticas, y con ello transformar su realidad.

### **2.3.1 Cambios, desplazamientos, y habitabilidad de la vivienda**

Dadas las características etiológicas del COVID-19, sobre su alta capacidad de contagio y transmisión por partículas de agua expulsadas por boca y nariz, los espacios urbanos, especialmente las viviendas, se enfrentaron a la mayor parte de cambios y transformaciones organizacionales a partir de la consigna “quédate en casa”. El aislamiento en el hogar generó que en los entornos

urbanos se efectuaron una serie de reconfiguraciones en torno a la alimentación, el trabajo y los servicios de salud, que fueron cambiantes de acuerdo con las necesidades y posibilidades en las que se encontraban las diferentes poblaciones, en este caso las y los estudiantes universitarios y cohabitantes, a lo largo del tiempo.

En el caso específico de las y los estudiantes universitarios, el aislamiento representó una transformación completa para ellas/os y todos los habitantes con quienes comparten la vivienda, al tener que modificar las rutinas y formas de usar los espacios para la realización de las actividades diarias, como son la educación, la alimentación, el trabajo, el ocio, la sociabilidad y por supuesto, la atención y el cuidado a la salud.

En el cuestionario realizado con jóvenes universitarios se identificó que la estructura que poseían las viviendas durante la contingencia sanitaria era compleja y cambiante según las características de la residencia y los espacios compartidos. Es decir, las condiciones en el hogar variaban en términos de habitabilidad, condiciones socioeconómicas, hacinamiento y acceso a servicios. Por ejemplo: la cantidad de personas en el hogar, varía desde los casos que vivían por sí mismas/os, o integraron a una o más familias nucleares, en contraste con otros espacios domésticos donde la cohabitación podía integrar desde desconocidos, hasta compañeros o amistades en la misma vivienda; las actividades económicas, como la venta de alimentos u otros oficios que se reflejaron en los riesgos de exposición y las posibilidades de resguardo en el hogar, según el semáforo epidemiológico, la apertura o cierre de negocios, y el *home office*; los servicios tecnológicos a disposición y las facilidades construidas o acordadas en la vivienda; y los servicios de cuidado y atención realizadas al interior de la vivienda, así como aquellos servicios a los que se accedió o recurrió en el exterior de esta.

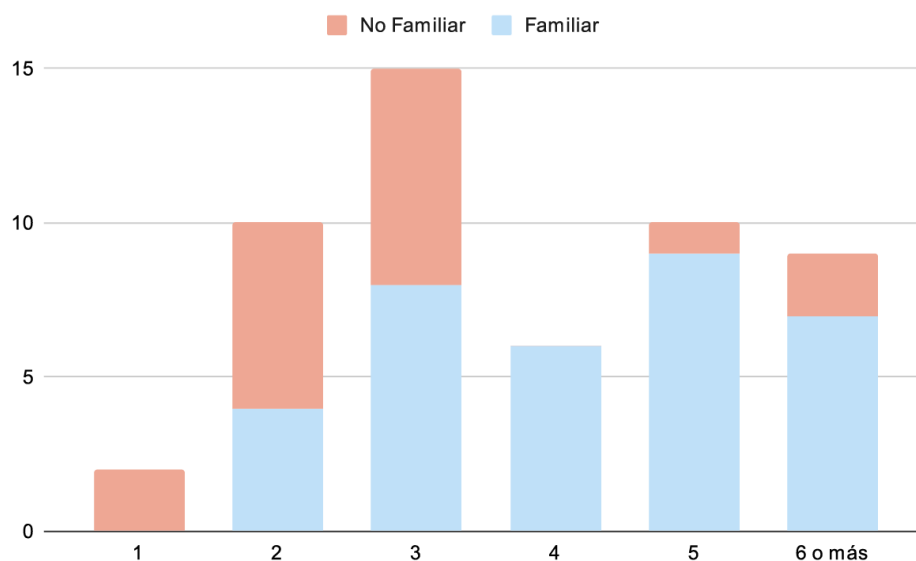
La información obtenida permitió identificar que la familia no se constituye únicamente por el núcleo doméstico, como lo son padres, madres, hijos, hermanos, sino que está conformada por una forma extensa y diversa que integra abuelas/os, tías/os, primas/os; y casos en los que al interior de un grupo doméstico hay presencia de varias familias nucleares, como el caso de Natalia quien indicó:

*Vivo con mi mamá, su pareja y un hermano. [Mi mamá] Con su pareja tuvieron un bebé y pues tiene menos de 2 años, justo nació en los primeros meses de la pandemia. Y también vivo con una tía que está con 2 de sus hijos. Es temporal, pero pues igual - Camila (Comunicado personal, 03/02/2022).*

Para ejemplificar esta diversidad, en la siguiente gráfica están representados las distintas respuestas en torno a la cantidad de personas con quienes habitaban los espacios domésticos, indicados en columnas que van desde una persona (quienes vivían solos) hasta la posibilidad de diez o más en una misma unidad doméstica, marcados en el eje horizontal; y el tipo de relación que mantenían al interior de la vivienda, marcados en dos colores: azul quienes cohabitaron con la familia y en naranja, quienes indicaron compartir la vivienda con otras personas como amigas/os o compañeras/os, por su cuenta o una estructura familiar extendida. Los resultados nos muestran las relaciones más frecuentes al interior de la vivienda, es decir, la interacción frente a frente que mantuvieron las y los estudiantes durante el confinamiento, y con qué personas se establecieron estas relaciones durante la contingencia sanitaria.

**Gráfica 3.**  
Distribución de cohabitación por tipo de vivienda.

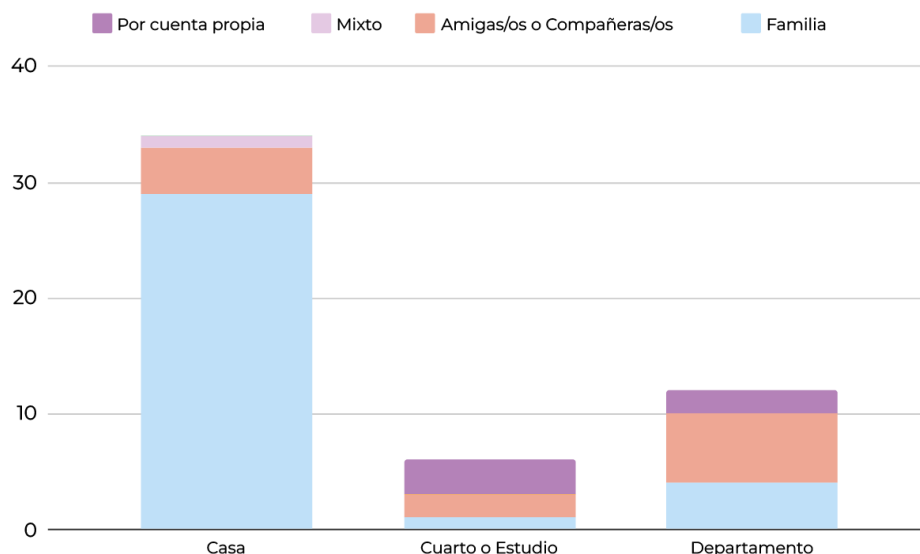
Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



Al respecto, Mientras que la cohabitación rondó principalmente entre dos y cinco personas, pero de entre los grupos la familia, indicada en azul, destacó como la figura más frecuente con un total de 34 estudiantes (65.38%); seguida por la cohabitación con otras personas sin involucrar un lazo familiar con un total de 18 personas (34.61%).

Estas relaciones tomaron forma en tres tipos de vivienda, que son: la casa, comprendida como unidad habitacional en la que los distintos niveles (sean de un piso o más) forman parte del mismo conjunto y congrega la cochera, el cuarto de servicio, las habitaciones, la sala y/o el comedor, y la cocina, siendo este tipo de vivienda, un espacio que permitió un aislamiento más eficiente al no involucrar cercanía con vecinas/os, y por tanto menor exposición; en segundo lugar, los departamentos pueden tener la misma composición que una casa, pero que debido a su forma suelen ser de un único nivel, al interior de un edificio más extenso, y por ende con mayores posibilidades de coincidencia con vecinos; mientras, los cuartos o estudios, refieren a elementos dentro de una unidad habitacional más grande, en los que la privacidad puede verse reducida a la habitación y, posiblemente, un sanitario, por lo que otras partes del departamento, edificio o casa, suelen ser compartidos con otras personas en el mismo edificio o estructura.

A continuación, en la siguiente gráfica, sobre la distribución de las relaciones existentes en las categorías de cohabitación anteriormente mencionadas con respecto a los tipos de vivienda en las que se distribuían: cohabitación familiar, con amistades, mixta o autónoma.



**Gráfica 4.**  
Cohabitación en el hogar, según tipo de relaciones.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

Como podemos notar en la información presentada del conjunto de las y los estudiantes, 34 personas indicaron vivir en una casa, y estas estaban distribuidas en 29 con familia, 4 con amistades o compañeras/os y uno en condición mixta; por otra parte, 12 jóvenes habitaban en departamentos, con mayor incidencia en la cohabitación con amistades. Y finalmente, en cuartos o estudios, seis personas indicaron vivir en esa situación, especialmente quienes indicaron vivir por cuenta propia reafirmando que se encontraban en espacios en los que podían encontrarse con otras personas o habitar con ellos, pero cuya relación no se explica a partir de lazos amistosos, familiares habitados por tres o más personas.

La habitabilidad de los espacios que enfrentaron las juventudes universitarias en Morelia, en cambio, no estuvo reducida a un solo tipo de vivienda debido a los desplazamientos a los que se podían ver sujetos, que se vieron modificadas a partir de los desplazamientos que pueden ser catalogados en dos tipos distintos: el desplazamiento de los estudiantes de la vivienda hacia la vivienda de los familiares en otras ciudades, y el desplazamiento de los familiares hacia la vivienda que habitaba el/la estudiante en Morelia. Estos desplazamientos estuvieron presentes principalmente en aquellos estudiantes con calidad de “foráneos”, es decir que desde antes de la contingencia vivían solas/os o con alguien de confianza en la ciudad de Morelia, pero que a partir del confinamiento y sus distintas etapas, los desplazamientos tomaron forma en los tipos indicados anteriormente. Por ejemplo, Diana y Daniela relataron su experiencia, reflejando los dos tipos de desplazamiento indicados, la primera se mudó a casa de sus padres en algún momento de la contingencia, y en el caso opuesto, la madre de la segunda pasó a mudarse a Morelia con su hija.

*Vivo con mis papás, pero cuando comenzó la pandemia, vivía con mi hermano en Morelia, y mi hermana vivía en Toluca, pero les dieron oportunidad de ausentarse y entonces vivíamos 5 personas en casa de mis papás. Actualmente solo yo vivo con mis papás - Daniela (Comunicado personal, 04/02/2022).*

*Cuando empezó la pandemia, has de cuenta que en los últimos cuatro meses me cambié dos veces de casa. Entonces cuando recién empezó la pandemia mi mamá se vino acá [a Morelia], porque nosotros somos de allá de México, y le dije que se viniera para acá porque percibía que estaría más tranquila. - Diana. (Comunicado personal, 03/02/2022).*

Estas condiciones de cohabitación, hablando de tipos de vivienda, desplazamientos y las relaciones que forman parte de la unidad habitacional definieron en gran medida los modos de organización que se adaptaron o adoptaron en los primeros dos años de la contingencia sanitaria. Esto en el sentido de que fue a partir de la composición de la vivienda por cada caso, organizaron los usos de las distintas partes de la vivienda en relación con las necesidades internas de quienes habitaban y así atender las actividades del hogar, y las recién trasladadas a estos espacios, como las escolares, laborales y/o sociales en modalidades virtuales, correspondiente a cada persona que integraba la unidad doméstica para mantener o alcanzar estados balanceados de salud física, social, mental y económica.

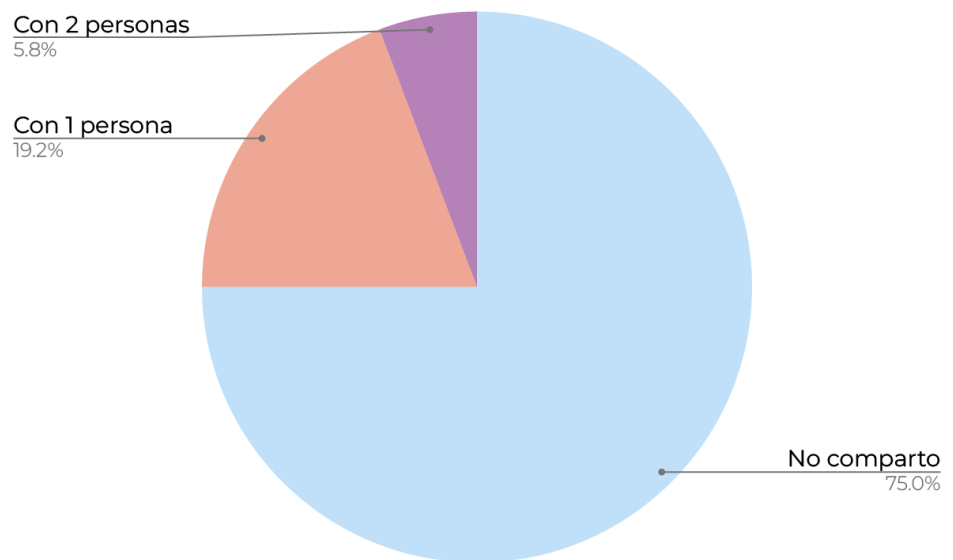
Hablar de la vivienda como un centro importante para las juventudes, implica entender las características del lugar, más allá de las características sociodemográficas o estructurales que le caracterizan, e integrar aspectos de orden cultural y cognitivo sobre la forma en que los distintos espacios que conforman la casa son usados y percibidos por quienes los habitan. Esto involucra a su vez, cuestiones como los desplazamientos de los habitantes, así como la diversificación de los espacios del hogar. Esto debido a que es a partir de las condiciones de la vivienda y del grupo que, al estar en cambio constante, tiende a su vez a una necesidad de creación de acuerdos, adopción de rutinas, o la adaptación de los espacios, según las necesidades de las y los sujetos que lo habitan.

A continuación, abordo de manera sintética la relación de las y los jóvenes universitarios, con los grupos con quienes interactúan, la forma en que hacían uso de los espacios y cómo, a partir de la contingencia sanitaria, adaptaron los espacios disponibles para atender las múltiples actividades y necesidades dentro del hogar. Actividades que responden a las consignas de confinamiento y sus consecuencias o cambios en lo educativo, lo laboral y el esparcimiento, modificando por tanto las funciones, usos y experiencias dentro de las recámaras, la sala o el recibidor, la cocina y/o comedor, los patios de servicios y/o cocheras, y los sanitarios. Esto a partir de una comparación respecto la función genérica de los espacios, los cambios que tuvieron durante la contingencia sanitaria, los nuevos acuerdos de usos y algunos testimonios sobre la forma de vivir el espacio.

### 2.3.1.1 Habitación

La habitación o recámara, en la vivienda representa un centro para el descanso, la vestimenta e incluso el entretenimiento, principalmente como un espacio privado en el que los usuarios se permiten reflejar su identidad personal, a través de los elementos que en estos colocan. Por estas condiciones, desde antes de la contingencia sanitaria eran espacios que proporcionan confort y seguridad a quién lo habitaba y, por tanto, dónde el descanso y el ocio favorecen la recuperación del desgaste físico, mental y social que las actividades diarias ocasionen.

Entre los estudiantes que participaron en el cuestionario no se identificó una situación de hacinamiento en los hogares. Esto es indicado en el INEGI (2017: 11), a partir de dos marcadores de vulnerabilidad: las viviendas no vulnerables en las que el promedio de ocupantes por habitación es menor a 2.5 personas, y las viviendas vulnerables donde la cantidad de habitantes excede la cantidad de 2.5 personas por habitación. Esto, como podemos notar en la gráfica 5, solo un 25% de las y los estudiantes que participaron en el cuestionario comparten habitación con una (19.23%) o dos personas (5.77%), cantidades que de acuerdo con el indicador del INEGI corresponde a una vivienda no vulnerable, en términos de hacinamiento.



**Gráfica 5.**  
*Personas que comparten habitación.*

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

Los dormitorios, conformaban un espacio privado dentro del grupo con el que vivía la mayor parte de las juventudes universitarias. No obstante, retomando las actividades realizadas al interior de las recámaras, con la contingencia sanitaria y el confinamiento en el hogar estos espacios destinados principalmente al ocio, descanso y vestimenta primordialmente, comenzaron a ser utilizados, en algunos casos, también para la realización de actividades escolares y/o laborales de las personas, al ser el único espacio privado del que podían disponer o cuyas condiciones les facilitaron atender con tranquilidad y forma las actividades formativas o profesionales.

Así mismo, en algunos casos de las y los jóvenes la alimentación también fue una actividad constante en las habitaciones, cuando las responsabilidades escolares o laborales llegaban a demandar tiempos que en el entorno privado eran utilizados para la ingesta de alimentos en conjunto, ocasionando en ocasiones interrupciones por parte de la familia para llevar a cabo la actividad.

Además, en caso de presentar algún malestar o patología, este mismo espacio permite el aislamiento dentro de la unidad doméstica, para evitar contagios dentro del grupo que habita en el mismo espacio.

Otra actividad importante para considerar es los procesos de curación y tratamiento durante algún padecimiento. Esto debido a que las características del espacio como un espacio seguro pudo tener beneficios para la persona en la habitación y los demás integrantes del grupo cuando la salud se percibía comprometida. Es decir, en caso de presentar algún malestar o patología, el dormitorio permite el aislamiento dentro de la unidad doméstica para evitar contagios dentro del grupo con el que se habita.

### **2.3.1.2 Sala de estar o Recibidor**

La sala, en algunos hogares, es el espacio caracterizado por actividades como el reposo, la lectura o el esparcimiento al hacer uso de televisiones, y la sociabilidad al ser un espacio disponible a los habitantes de la vivienda o bien de carácter más público en caso de recibir visitas o visitar a otras personas. No obstante, con



la contingencia sanitaria este espacio fue sometido a algunos cambios, importantes: la colocación de insumos de salubridad, como lo son los filtros sanitarios, o la ampliación de los tipos de actividades realizadas en dicho espacio, como el ejercicio físico. Situaciones que se vieron favorecidas al haber una reducción importante sobre las visitas recibidas o realizadas hacia otros hogares al inicio de la contingencia.

Los filtros sanitarios, dependiendo de la composición de la vivienda, eran colocados en esta zona, debido a que permitía efectuar actividades como el cambio de calzado al ingresar o salir del hogar, la desinfección a cuerpo completo, o bien el cambio de ropa cuando involucraba algún riesgo de exposición por cercanía o contacto con otras personas en exteriores. Este tipo de dinámicas, no eran exclusivas únicamente de la sala, al poder ser efectuadas en algunos casos en espacios como la cochera, dependiendo de la privacidad que se pudiera tener para el cambio de ropa o la espera antes de ingresar al hogar. Como ejemplo de estas situaciones Natalia relató lo siguiente:

*Utilizo manga larga, para protegerme del sol porque vamos caminando tanto de ida como de regreso. Además de que cuando inició hubo muchas recomendaciones de cubrirse para reducir las zonas expuestas y cambiar la ropa al ingresar. Pero el uso de manga larga es más por el sol. - Natalia (comunicado personal, 22/05/2021).*

En cambio, el ejercicio físico fue una actividad que pasó a tomar forma en este espacio de la vivienda, dado que con el cierre de parques y gimnasios durante el confinamiento total y la reactivación económica no contaban con espacios específicos para esto. Para lograrlo, Daniela manifestó que tuvo que organizarse con su familia para poder tener un espacio y un momento en el día para poder ejecutar la actividad. De esta forma, la generación de acuerdos de este tipo permitió y facilitó construir un espacio que en sí representaba la convivencia familiar, pero que también pudiera permitir la preservación de la salud física de las y los estudiantes, como Daniela, intentaron hacer ejercicio durante la contingencia, mientras los niveles de contagio disminuían y permitían el ingreso a espacios deportivos.

*El único espacio era la sala, muy pequeña. Y está la sala, la televisión. Mis hermanos querían ver la tele o una película [...] Y me afectó en mí y mi percepción de cómo la pasaba. No salía para nada. Dejé de hacer ejercicio y yo ya quería retomarlo, y les*

*decía a mis papás, “aunque sea una hora déjenmelo para mí, la sala, esa hora haré ejercicio, pero ya, hagan lo que quieran”, y fue como lo empecé a retomar. - Daniela (comunicado personal, 04/02/2022).*

### **2.3.1.3 Cocina y comedor**

La cocina y el comedor son espacios que suelen ser reservados a la preparación de alimentos, así como de limpieza de utensilios de cocina, y como espacios de convivencia durante la ingesta de la comida. Durante la contingencia sanitaria, si bien estas actividades fueron más frecuentes, debido al uso de forma más constante de este espacio por el confinamiento, implicando una necesidad creciente sobre la distribución de tareas, como la cocina y la limpieza. Al respecto, Damián relató que, en torno a la preparación de los alimentos, esta actividad era asignada equitativamente con su tío.

*Tenemos un cronograma en el que especificamos la división de tareas. Esto lo organizamos por las clases en línea y nos asignamos las... 18 comidas de la semana de lunes a sábado, porque los domingos no solemos estar juntos. Y ya en las tareas del hogar cada uno tiene sus días de limpieza y demás. - Damián (comunicado personal, 24/03/2022).*

En cambio, respecto a la limpieza e higiene, fue durante la contingencia que por las medidas de seguridad que estas actividades fueron reforzadas, especialmente con el lavado de alimentos y losa, la desinfección de superficies, y limpieza de insumos para el hogar. Esto se realizaba principalmente posterior a cualquier compra en tiendas de autoservicio o mercados, o en general después del ingreso de nuevos insumos o después del uso de estos en el hogar. Además de ser una actividad hecha con mayor frecuencia durante los períodos de contagio por COVID-19 de uno o varios integrantes de la vivienda.

### **2.3.1.4 Sanitarios**

Finalmente, entre los espacios de la casa-hogar, los sanitarios como espacio de aseo personal no modificaron su función en ningún momento. Sin embargo, dentro de las viviendas, este espacio podría ser un elemento que marcó la diferencia sobre los cuidados dentro del hogar. Esto debido a que, en caso de presencia de más de un sanitario, disponer de más de un sanitario o baño facilita los procesos de aislamiento durante la

recuperación de algún individuo sin obstruir o arriesgar al resto del grupo. Por lo que, a su vez, permite reducir la vulnerabilidad al contagio dentro del grupo al disminuir el contacto o cercanía con espacios compartidos.

Mientras que, la ausencia de estos espacios involucraba un riesgo mayor de contagio entre las distintas personas que habitaban el hogar, y para reducir las posibilidades de transmisión del virus, así como para mejorar las condiciones de higiene, limpieza y desinfección, en hogares se implementaron estrategias de limpieza con mayor frecuencia hasta que el episodio de contagio hubo concluido.

### **2.3.1.5 Tensiones y Oportunidades en la vivienda**

Dado que el tiempo invertido en el hogar era mayor, y por ende el tiempo compartido entre habitantes de la vivienda incrementó, la convivencia dio lugar a una serie de oportunidades y tensiones que emergieron desde la interacción continua. Por un lado, el confinamiento en hogares permitió y promovió el fortalecimiento de los lazos afectivos a partir del tiempo compartido en el que las y los jóvenes universitarios platicaban, cocinaban y comían con los habitantes en el hogar. Mientras que, por el lado opuesto, aspectos como la búsqueda de espacios privados, o la facilidad de realizar actividades sin interrupciones, dieron paso a que emergieran diversas tensiones con las personas en la casa. Ambas situaciones, como relata Brisa, se pueden ver reflejadas desde el comienzo del confinamiento total, procurando realizar actividades diversas y al haber poca variación, era que las tensiones emergían y debían ser atendidas, pero que a partir de estas mismas condiciones la comunicación tendió a ser un puente para fortalecer la relación con sus padres.

*Una de las cosas más complicadas era acostumbrarnos a hacer todo aquí, porque mis papás eran quienes salían a hacer las compras o si llegaba a faltar algo o cualquier emergencia. Pero mi hermana y yo si estuvimos unos dos o tres meses encerradas y era muy raro porque pasaban un montón de cosas, y era muy raro porque al principio, todos estábamos así de qué hacemos ahora, y nos manteníamos muy activos al principio, pero ya después como que ya no supimos qué hacer y fue cuando se complicó. Yo me estresaba muchísimo del hecho de estar todo el tiempo encerrada como que no me gustaba mucho, y a parte estos roces que pasaban con la familia por estar todo el tiempo juntos, y siento que hasta*

*cierto punto dificultó las relaciones que teníamos porque era justo, vernos todo el tiempo y cualquier cosita se iba acumulando. [...] Con mis papás, principalmente mi mamá, he mejorado mucho la relación. Yo no hablaba mucho con ella porque siempre estábamos ocupadas. Ella casi trabaja todo el tiempo, y yo en la escuela, entonces la pandemia de una u otra forma nos ha permitido ya pasar más tiempo, y platico más con ella y así. No lo había pensado, pero sí, creo que gracias a la pandemia pudimos mejorar la comunicación.- Brisa (Comunicado Personal, 17/02/2022).*

Con este testimonio de Brisa, podemos constatar las tensiones dentro del hogar, pero más allá de considerarlo un elemento negativo, fue dentro de dicha tensión la que a su vez propició la integración de nuevos hábitos y costumbres dentro del hogar, dado que estas tensiones tienen lugar a partir de la reducida convivencia en conjunto, por lo que posterior al conflicto entre los integrantes de la vivienda, esta misma interacción dirigía hacia la búsqueda de alternativas o estrategias que permitieran atender las necesidades personales, y mejorar la convivencia.

### **2.3.2 Traslados de los espacios recreativos y de esparcimiento, a lo virtual.**

El confinamiento en el hogar en conjunto con el cierre de plazas públicas, centros deportivos, de entretenimiento y convivencia de todo tipo, limitaron el espectro de actividades disponibles a ser realizadas por las y los jóvenes, irrumpiendo en su vida en la esfera pública. Esto conllevó transformaciones principalmente en las relaciones de amistad o familiares, con quienes se realizaban actividades como ir al cine, teatro, ferias, bailar, comer en restaurantes, u otros centros o espacios similares, y se redujo el contacto desembocando en dos posibles situaciones principales: primero, el distanciamiento o el aislamiento de las relaciones que se llevaban a cabo en lugares como la escuela, los restaurantes, plazas, lugares de entretenimiento y de ocio, o la vivienda de amistades y conocidos; segundo, la implementación y adaptación de espacios diversos, la virtualidad, para mantener el contacto y fortalecer los lazos con las distintas personas.

La primera situación, sobre el distanciamiento, tuvo lugar a partir del duelo que implicó el confinamiento cuando este se prolongó más allá de las expectativas individuales y colectivas

sobre la duración de la contingencia sanitaria. Por lo que como fenómeno desembocó en la presencia de un estado de desánimo general dada la reducción de la convivencia con otras personas o la distancia que un trato por medio de redes virtuales era rechazado, interrumpiendo también la comunicación por medios electrónicos y virtuales, afectando de forma directa las relaciones que tenían las y los jóvenes con sus amistades, al ser una convivencia cuyo contacto frente a frente era un acto regular tanto en espacios públicos como privados. Como ejemplo de esto, en una entrevista con David relató que a diferencia de la “seguridad” que adquirió su relación con su familia, debido a que compartían la mayor parte del tiempo, refiriendo al reconocimiento de las estrategias de cuidado así como la similitud de ideas sobre la salud de él y las demás personas en la vivienda; mientras, que con sus amigos se distanció debido a reducción de la frecuencia de encuentros y a que percibió cambios en la forma de pensar individual, entre él y sus amigos, le llevó a desacuerdos respecto a la forma de percibir la situación de pandemia, y a su vez a desacuerdos en las formas de actuar en conjunto.

Esta distancia emergió como conflicto en las vidas de las y los jóvenes, pero para contrarrestarla, los servicios virtuales de comunicación e interacción ofrecieron la posibilidad de reconfigurar las formas de convivir con otras personas, considerando la convivencia y el contacto con otros como un elemento por transformar y adaptar a las condiciones que se habitó durante el confinamiento total. Esto fue logrado a través del uso de aplicaciones de mensajería, redes sociales, y sitios web, que facilitaron la convivencia con otras personas fuera del hogar, sin involucrar una exposición por parte de las y los jóvenes, procuraron la preservación de los lazos de afecto con otros; simultáneamente, favoreció el proceso del confinamiento en el hogar, al disponer de actividades distintas vinculadas con el entretenimiento y el ocio de los usuarios, que podía ser realizado de forma individual y de forma conjunta a distancia; y amplió el panorama de alternativas para identificar y atender los malestares que afectan a la salud.

De esta forma, la idea de estar “cerca en la distancia”, con las herramientas y los espacios virtuales, aportó e involucró estrategias acompañamiento entre pares, para acompañar a amigos, compañeros y familiares, desde la distancia, sin

involucrar una desconexión de lazos afectivo-emocionales mediante el uso de plataformas para ver películas o series en conjunto al usar un chat o realizar una videollamada, o con el uso de sitios web de juegos en línea y *streaming*. Además, estas opciones también reforzaron la posibilidad de conocer personas a partir de la similitud en los gustos, intereses o actividades. Este tipo de situaciones las relatan Daniela y Brisa entre las estrategias que rescatan del confinamiento:

*Con amigos, la interacción fue igual, cuando estábamos en presenciales. Creo que la interacción con mis compañeros no ha cambiado, y hablamos frecuentemente por WhatsApp, y convivimos incluso mejor, porque nos preguntamos cómo estamos o como nos ha ido, y aunque no nos veamos podemos interactuar - Daniela (04/02/2022).*

*Pues con algunos amigos, era de que como todo esto era nuevo, empezamos a hacer videollamadas. Y luego no sé si recuerdas que en esa temporada existía la moda de ponerse una sábana y fingir ser un fantasma. Entonces hacíamos mucho eso y daba mucha risa, porque hacíamos mucho show. O luego, había muchos juegos en línea y fueron de las cosas nuevas que empezamos a hacer, o ver películas con varias personas, y era lo que hacíamos para mantener la interacción y no perder la comunicación - Brisa (17/02/2022).*

No fue sino hasta la nueva normalidad parcial que la interacción frente a frente con las amistades, en algunos casos, retomó cierta relevancia en la cotidianidad y frecuencia. Esto significó llevar a cabo reuniones con amistades, pareja y círculos familiares, todos fuera de la vivienda, de forma intermitente, las cuales eran acordadas y establecidas en relación con la percepción de los estilos de vida y los cuidados seguidos por las demás personas con quienes se efectuará el encuentro.

*Solo he llegado a salir con amigos dos veces. y es muy distinto, porque todos usando cubrebocas y gel antibacterial, tal vez no la sana distancia, pero si muy observadores sobre si la otra persona está saliendo o no, y ser muy prudente al respecto. - Sandra (comunicado personal, 24/05/2021).*

*Al reunirme con amigos, implica confiar en el otro, porque no todo lo podemos hacer con cubrebocas, como comer. Nos hemos reunido, e implica tener confianza en que los otros se cuidan. Por ejemplo, una ocasión nos vigilamos "con lupa" para asegurarnos que al hacer una pijamada nos cuidamos más. - Natalia (comunicado personal, 22/05/2021).*

Este tipo de actitudes hacia las amistades, cómo ejemplo, reveló la atención de las estrategias de cuidado y los estilos de vida que llevan a cabo las otras personas, dando indicios de otras consideraciones que se integraban al momento de decidir con quién interactuar, la forma de hacerlo, los espacios de los que hacen uso, y las estrategias de cuidado a seguir para lograr una reunión satisfactoria en la que los involucrados preserven su estado de salud y eviten posibles contagios. Además, esto les permitió tanto a sí mismas/os y a las amistades, un espacio de interacción que sirvió como un catalizador de los efectos del estrés por el aislamiento o el “encierro”, al realizar encuentros que les permitiera desarrollar y expresar sus gustos propios y compartidos, los cuales su vez podían ser mantenidos en una modalidad híbrida, en la que podían efectuar reuniones en persona o bien, realizar distintas actividades por medios virtuales.

Las herramientas y sitios virtuales, por tanto, constituyeron un centro de operaciones, al que las y los jóvenes universitarios accedían para la realización de sus actividades de entretenimiento, como: ver videos, escuchar música, mirar series y películas *online*, jugar videojuegos, tomar cursos o aprender nuevas habilidades. Siendo posible realizarlo tanto de forma individual como colectiva, permitiendo construir y fortalecer las relaciones que tienen con otros, especialmente con amigos. Alternadamente, también se consolidó como un espacio de investigación y comprensión de la realidad, permitiendo a las y los jóvenes universitarios desarrollar acuerdos con las personas sobre la mejor forma de cuidar la salud colectiva, además de atender y comunicar los efectos que acontecimientos cómo el confinamiento, el aislamiento, y los contagios, tuvieron en sus vidas y de sus allegados.

Así mismo, gracias a las redes sociales y los sitios web, las juventudes no tomaban un papel como meros espectadores, cómo lo es en medios de comunicación tradicionales como la televisión o el radio, sino que ejercían su agencia en los espacios virtuales desde aspectos simples cómo compartir un meme o una nota informativa, etiquetar a alguien en las distintas redes sociales, o como actos más elaborados en el que ellos podían formar parte de la producción de contenidos en plataformas como Instagram o TikTok, ampliando así aún más las capacidades de uso e intervención en los espacios virtuales. Aspecto que, si bien puede ser una ventaja, al haber una mayor afluencia de información y comunicación, también implicó un

reto en la forma de entender el fenómeno de la emergencia sanitaria, por la afluencia de noticias falsas, y el análisis reducido de fuentes o de la confiabilidad de los sitios.

### **2.3.3 Transformaciones en las dinámicas en entornos formativos.**

El ámbito académico y escolar, implica la relación de las y los estudiantes, tanto con compañeras/os, docentes y, en menor medida, equipo administrativo de la institución. Con el confinamiento total, las actividades educativas en todos los niveles, desde la educación preescolar hasta la superior, fueron trasladadas a una modalidad a distancia. Vélez-Álvarez *et al.* (2022), reconocen el espacio universitario como un entorno que ordena y organiza las prácticas individuales y colectivas, esto porque a partir de la interacción social los grupos se identifican y cohesionan con fines formativos, de apropiación y construcción cultural. Esto sucede especialmente al ser un entorno en el que la comunidad académica cuenta con sitios para el tiempo libre y el ocio, así como para la realización de actividades físicas y deportivas, o espacios que corresponden a la alimentación, el descanso y la expresión cultural (Vélez-Álvarez *et al.*, 2022).

Al inicio del confinamiento total el 19 de marzo del 2020, centrándonos en los efectos que tuvo la contingencia sanitaria en el nivel superior universitario, hubo una confianza generalizada respecto a que este acontecimiento sería de una corta duración, dado que se esperaba retornar a las aulas después del mes de aislamiento sugerido en la declaración de la emergencia sanitaria por el gobierno de México. En dicho periodo, la cantidad de casos reactivos a la enfermedad era reducida, y se esperaba que estos no incrementaran gravemente con la implementación oportuna del confinamiento. A su vez, esto coincidió con la cercanía de un periodo vacacional por semana santa, celebrada del 5 al 11 de abril, por lo que parte de la comunidad universitaria optó por regresar a sus ciudades de origen o viviendas familiares en otras ciudades y estados, desde la declaración mencionada.

Cuando la realidad de la contingencia sanitaria demostró resultados completamente distintos sobre la mitigación de los contagios, tuvo lugar la implementación de una estrategia



en el nivel universitario de extensión del periodo semestral, dado que la falta de contención de la enfermedad, repercutió en el desarrollo de los planes de estudio de las instituciones universitarias, y se procuró una extensión de los periodos de estudio con la finalidad de poder reconfigurar los cursos, a partir de la adaptación y adopción de las nuevas plataformas virtuales como espacio educativo para lograr los objetivos de aprendizaje.

Lo virtual constituyó, entonces, un entorno por el que gracias a las distintas plataformas (como Zoom, Google Meet, Teams, Jamboard, y más), permitieron configurar las actividades educativas en una modalidad de *home office*. Pero para participar en dichos espacios, las y los estudiantes enfrentaron distintos retos: en primer lugar, fue necesario reconstruir, readaptar y/o remodelar los espacios dentro de la vivienda con el objetivo, no sólo de brindar una imagen dentro de la vida privada, como lo es la vivienda, sino también para poder integrar las actividades formativas y de aprendizaje que eran exclusivas del entorno escolar universitario, como las clases; en segundo lugar, dentro de la adaptación de los espacios en el hogar era necesario poder contar con espacios que permitieran a las y los estudiantes mantener la privacidad, frente al grupo con quien vivían, y espacios en los que elementos como el ruido ambiental no interrumpiera la comunicación, así como acceso a fuentes de luz natural o artificial; y en tercer lugar, un conjunto de elementos que mostró ciertas desigualdades respecto a la continuación “normal” o esperada de los estudios formativos, están los recursos materiales, económicos y tecnológicos a disposición.

Al respecto de este tercer punto, sobre las condiciones materiales, económicas y tecnológicas, marcaron la diferencia en la experiencia de la contingencia sanitaria para las y los jóvenes universitarios. Dado que estos tenían que limitar sus actividades a los dispositivos que tenían acceso, e involucró también la inversión en nuevos recursos tecnológicos y materiales para proceder con sus estudios, con situaciones como adquirir nuevos dispositivos electrónicos (laptops, computadoras de escritorio, tablets, cámaras, micrófonos), contratar o mejorar los servicios de telecomunicaciones (ampliación de banda ancha de internet o telefonía), y comprar o conseguir muebles adecuados para las actividades a atender (como reclinables o escritorios de distintas formas y tamaños).

Este cambio de modalidad de lo presencial en un ambiente académico y formativo, hacia lo virtual desde la casa-habitación ubicado en un entorno más familiar y privado, derivó en distintas complicaciones. De acuerdo con la experiencia de las y los estudiantes universitarios, estas se pueden ubicar dentro de tres sentidos distintos: la desconcentración y la discontinuidad durante el proceso de enseñanza-aprendizaje; las interferencias en el proceso de la comunicación; y finalmente, el desánimo.

En primer lugar, sobre la desconcentración, Daniela lo relacionó con las dificultades precisamente del tránsito de las actividades académicas en un entorno escolar hacia el ambiente familiar, donde la forma de hacer las actividades y los espacios disponibles variaban con frecuencia, dificultando la experiencia de aprendizaje. Esto especialmente por los espacios reducidos en tamaño que podían presentarse en algunas viviendas, o bien la cercanía con otras partes y personas con distintas actividades y dinámicas por atender, que no tenían la similitud con el ritmo de estudio.

*Al comenzar no estábamos adaptados para tomar las clases en línea, entonces quiero ser super perfeccionista y hacer todo bien y todo salga bien. Entonces las actividades no las hacía bien y no tenía un espacio para concentrarme, o para leer y a cada rato me hablaban “no, ya vente a comer” o “hay que hacer esto o lo otro”. Mi cuarto es compartido, y no podía continuar mis actividades sin interrupciones. O el cambio de la escuela voy y estoy ciertas horas, y al llegar a casa dedicas tu tiempo a otras cosas. Y ahora con la pandemia, era estar todo el tiempo en tu casa, con escuela y la casa. Me repercutió bastante que las clases fueran así, y no todas las clases son tan amenas. Y luego a veces las clases que duraban horas y uno ya estaba cansado de estar en casa. - Daniela (comunicado personal, 04/03/2022).*

Lo anterior, nos refiere por tanto a las complicaciones que se habitaron durante los estudios en la vivienda, principalmente aquellos que indican la diferencia de usos y convivencia en un entorno académico frente a un entorno habitacional. Por lo que las actividades realizadas en ambos espacios podrían ocasionar conflictos y, como relató Manuel, desembocar en la pérdida de la concentración por los problemas para organizar las actividades.

*Me costaba mucho la concentración, las clases en línea fueron como una desconexión completa para mí y como que perdí la capacidad de organizar el tiempo, de destinar cierto tiempo a*

*la escuela, y empecé a perder un poco de concentración. Había momentos en las clases en línea que estaba por estar y casi no prestaba atención. Entonces, siento que fue el aspecto que más trabajo me costó. - Manuel (comunicado personal, 23/03/2022).*

Estas complicaciones individuales, ocasionaron a su vez otros problemas dentro de la convivencia colectiva entre estudiantes con sus profesores. Esto debido a que, por el desánimo o la falta de concentración, además de las posibles fallas en la conectividad, podían constituir retos para lograr la participación colectiva, la interacción cercana o visual con compañeros, o desarrollo de conocimientos de forma óptima cuando era necesaria la interacción. Cómo ejemplo de esta situación Brisa relató lo siguiente:

*No sé si sea más complicado, pero en clases difícilmente todos participamos. Los maestros suelen preguntar o quieren hacer actividades y nosotros no somos tan participativos. Y pienso que no pasaría en lo presencial. Es muy fácil no poner atención o distraerse y ya no hablar, o tenemos la cámara apagada y hacer cualquier otra cosa, o que en trabajos en equipo nadie habla ni interactúa. Por ejemplo, en un trabajo en equipo en presencial alguien decía sí o no, y en lo virtual casi no. Entonces si hay una dificultad es que no todos participamos en las clases o el equipo. Y hay que buscar sacar las palabras a la fuerza. - Brisa (comunicado personal, 17/02/2022).*

Estas situaciones, si bien representaron complicaciones que tuvieron que atender las y los estudiantes con respecto a la realización de las actividades educativas, es necesario visualizarlas en relación también con los efectos que tuvieron en torno a los malestares que les afectaron en salud. Esto, porque el distanciamiento, la falta de concentración y el desánimo, podían repercutir también en la salud mental de las y los estudiantes, quienes podrían incluso presentar manifestaciones físicas de malestares mentales, como el estrés, la ansiedad, la depresión, y se reflejaba en otros estados de salud vulnerados. Por ejemplo, ubicándonos durante el periodo de la nueva normalidad, cuando el retorno a escuelas comenzaba a ser visualizado como un objetivo a realizar, Alberto mencionó las complicaciones que llegó a vivir durante el confinamiento en hogares, especialmente en relación con las clases virtuales, e indicó que a pesar de sus malestares la mejor alternativa resultaba en modalidades híbridas, para no exponerse demasiado a un posible contagio, ni para ignorar los problemas psicoemocionales que le ocasionó el confinamiento.

*No creo que estemos en condiciones, con la cuarta ola presente. Pero eso me pone “entre la espada y la pared” porque en mi caso, no me considero capaz de poder continuar con clases virtuales. No debido a desinterés, sino que durante el periodo de contingencia me ha causado problemas físicos, por ejemplo: en una ocasión me causó parálisis facial por una parte del rostro, en otra ocasión vomité, en otra me desmayé, por la presión y estrés de las clases. Pero este retorno no sólo es sobre los problemas del virus, sino que también se debe tomar en cuenta los problemas emocionales. Quizá podría ser híbrido, de 2 a 3 veces por semana. - Alberto (comunicado personal, 20/01/2022).*

La nueva normalidad, fue un momento clave en torno a la salud y la visualización del retorno de la comunidad académica y universitaria, a los campus universitarios, gracias a las jornadas de vacunación a la población mayores 18 años en distintos momentos y la reducción de la demanda de servicios hospitalarios. El retorno fue entonces un proyecto que se planeó y desarrolló en modos distintos por parte de las instituciones, por las y los estudiantes universitarios, así como los grupos con quienes ellas y ellos conviven. Ante la incertidumbre sobre cómo era organizado el retorno en las escuelas, Bertha expresó tener interés y preocupación sobre la forma en que se establecería el retorno y algunas complicaciones que identificó en un primer momento en torno a aspectos como el transporte público y la vivienda, que podían vulnerabilizar la salud, o el estilo de vida.

*Si dicen que regresamos todos [a una modalidad completamente presencial], no puedo imaginarme la situación. A mí no me gustaría regresar, me gustaría ir a las prácticas de campo. Pero no creo que pueda por la dinámica que estoy llevando todos los días. Entonces habría que cambiar toda la rutina y no estaría en condiciones de regresar. Además de que tampoco sé si tuviera la posibilidad económica. Creo que aún falta echarle talacha al transporte público. Y no sé cómo vaya a estar, y que es mucho más el regreso. - Bertha (comunicado personal, 03/02/2022).*

De esta forma, el retorno a clases podría ser entendido de dos formas distintas, en ocasiones contradictorias: por un lado, había una esperanza y añoranza hacia el retorno por lo que implica como espacio de esparcimiento, formativo y convivencia con amistades, compañeras/os y docentes; mientras que, por el lado opuesto, podía involucrar la exposición a la COVID-19, o una vulnerabilización a los estilos de vida que implica el uso del transporte público y los desplazamientos entre ciudades.

Como resultado de lo anterior, para efectuar este retorno a las universidades, y el reencuentro implícito entre estudiantes, investigadores, docentes y las y los trabajadores de la escuela, en una condición presencial, fue necesario establecer distintas etapas, que se sostenían también de los niveles de contagio a nivel nacional y regional, con el fin de evitar contagios o controlar las afectaciones que estos pudieran ocasionar. Esto dio lugar al retorno en dos características: el retorno paulatino y la priorización de actividades de aprendizaje.

El retorno paulatino involucró retomar actividades dentro de la universidad en relación con el aforo máximo autorizado en los espacios y evitar las conglomeraciones de las y los estudiantes, así como del equipo docente y administrativo. De forma que el ingreso al campus universitario involucrara la menor vulnerabilidad de la salud física por COVID-19 de la comunidad. En cambio, la priorización colocó la mirada en aquellos aprendizajes que no podían ser efectuados de forma adecuada a distancia, tales como las actividades en laboratorios, actividades prácticas u otras, dejando de lado las clases teóricas como un contenido a abordar principalmente en modalidad virtual. Y, por tanto, estas condiciones establecieron la experiencia de estudios en una modalidad híbrida.

Alternadamente, este periodo brindó la posibilidad de construir un retorno gradual al hábito escolar. Además, aportó la posibilidad de decidir entre una modalidad u otra, virtual o presencial, según las necesidades, facilidades y complicaciones de las y los estudiantes universitarios. De esta forma, esta modalidad híbrida, permitió que las juventudes efectuarán los cambios necesarios en torno a la vivienda si debían desplazarse, salud si aún no contaban con un esquema completo de vacunación y en sus trabajos si necesitaban modificar sus horarios o similar. Siendo este último, el hecho de trabajar, un fenómeno que modificó la experiencia durante la contingencia debido a sus efectos que tuvo en los procesos formativos dentro de la escuela, o en la subsistencia en el hogar.

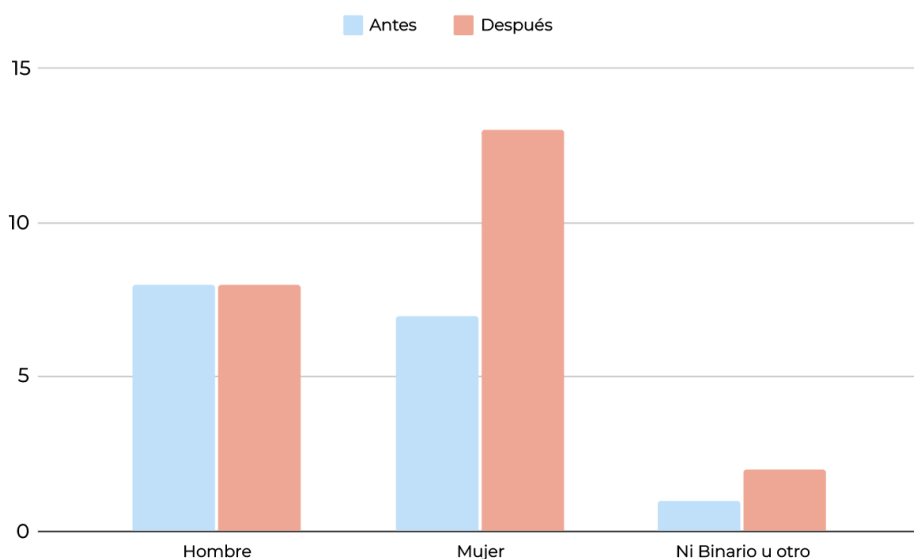
### ***2.3.4 El trabajo***

Las actividades laborales no explican el fenómeno en general de la experiencia de las y los jóvenes durante la contingencia sanitaria, pero resulta ser un elemento importante al conformar

otro tipo de rol que se establece dentro del hogar por su carácter económico para el autosustento de las y los jóvenes o el apoyo dentro de la vivienda, considerando además las vulnerabilidades que puede conllevar la necesidad de adquirir un empleo, en términos de exposición a un padecimiento como la COVID-19.

Es conveniente recordar, que con el inicio de la contingencia sanitaria hubo un cierre general de negocios y establecimientos que implicaran actividades no vitales. Por ello, una de las principales preocupaciones en varias familias rondaba en torno a la forma de procurar su subsistencia y la satisfacción de sus necesidades durante un periodo como el confinamiento total. Afectando de distintas formas las economías familiares e individuales.

Por esto, es importante considerar el papel del trabajo en la vida de las juventudes, antes y después de la contingencia sanitaria, reconociendo que puede ser una actividad secundaria y simultánea a lo que implican los estudios universitarios. De esta forma, la siguiente gráfica organiza en tres grupos divididos por el género con el que se identifican las y los participantes, y el porcentaje de quienes de cada grupo ejercían alguna actividad laboral, mientras las temporalidades para distinguir cambios están señaladas en color azul refiriendo a quienes señalaron trabajar antes de la contingencia sanitaria, y en color rojo quienes consiguieron empleo durante la contingencia sanitaria.



**Gráfica 6.**  
*Relación frecuencial de trabajo según el género, antes y durante la contingencia sanitaria.*

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

Podemos notar, que de los 16 hombres que participaron, solo la mitad participó en actividades laborales tanto antes como durante y después del confinamiento en hogares. En cambio, de las 33 mujeres, 7 tenían empleo antes de la instauración del confinamiento, y la cantidad aumentó a 13 durante los dos años del periodo. Mientras que de las tres personas que se identificaron como No Binario u otra opción, solo una trabajaba antes del inicio de la contingencia sanitaria, y posteriormente eran dos de ellas.

En este sentido, podemos destacar que el trabajo fue una actividad importante durante la contingencia sanitaria, debido a que permite adquirir dinero que podía ser invertido para atender las necesidades propias o del grupo familiar. Esto principalmente debido a los efectos que tuvo el confinamiento total en las condiciones económicas familiares, en que algunas personas dejaron de trabajar. Como en el caso de Sandra que indicó que en un momento trabajaba su familia a excepción de ella, pero posteriormente su madre dejó de hacerlo mientras ella comenzó a hacerlo.

*Ha variado mucho, antes trabajaba mi papá, mi mamá y mi hermano. Pero ahora solo mi papá, mi hermano y yo, pero los servicios solo los paga mi papá mientras que mi hermano y yo nos encargamos de nuestros propios gastos. - Sandra (Comunicado personal, 24/05/2021).*

El trabajo, en relación con los procesos de salud y enfermedad durante la contingencia sanitaria, hay que describirlo desde dos consideraciones posibles: primero, los trabajos cuyo funcionamiento dependía de las actividades físicas o presenciales, y segundo, los trabajos que pudieron trasladar sus actividades a una modalidad virtual, dando lugar a la adopción de prácticas y organización similar a la indicada con las actividades académicas dentro del hogar. Respecto con la primera opción, implicó en las y los jóvenes asumir una vigilancia mayor sobre los cuidados propios y las atenciones brindadas hacia el otro o los otros, para evitar contagios dentro y fuera de la vivienda al implementar dinámicas de sanitización y seguridad, aplicando en labores como servicios de cuidado infantil, preparación y venta de alimentos, entrega de pedidos. De esta forma, la información referente al trabajo no puede ser descrita de una forma única, dado que implicaron una adaptación de los espacios en donde eran llevados a cabo. Es decir, el lugar donde eran efectuadas algunas de estas labores, se reducía a la vivienda, algún negocio o local, en calles, o en plazas u otros espacios públicos.

En cambio, retomando a las labores que pudieron presentar un cambio de modalidad y sus actividades se efectuaron dentro de lo que se describe como *home office*, la adaptación de los espacios es equiparable o similar a lo descrito respecto a las clases virtuales, implicando la adquisición o la mejora de los dispositivos electrónicos y los servicios de telecomunicaciones y conexión virtual, así como el ordenamiento de algún espacio en el hogar de ser posible. Sobre esta situación, el único testimonio que se posee es el de Javier, quién dadas las dificultades presentadas por la modalidad a distancia, decidió pausar las actividades virtuales y retomar hasta que las condiciones lo permitieran, dando cuenta también sobre las dificultades que también podían presentar los docentes respecto a dicho cambio de modalidad.

*Las clases sí, trabajaba como maestro de inglés en un instituto al mismo tiempo que estudiaba y el sábado trabajaba 11 horas. Y dejé de dar clases entre semana y me enfoqué a darlas los sábados hasta que me pidieron dar clases en línea y me era difícil, porque no tenía familiaridad en línea y opté por no dar clases virtuales entonces no lo continué. De repente tengo reuniones. Y ya una compañera se enfermó de COVID, en el club de conversación y solo lo interrumpimos un par de semanas. - Javier (Comunicado personal, 16/02/2022).*

Con esto dicho, las actividades laborales presentaban una doble condición en las vidas de las y los jóvenes universitarios en torno a sus implicaciones de los cuidados y atenciones que se realizaban. Por un lado, quienes comenzaron a trabajar durante la contingencia sanitaria les permitió establecer otras relaciones con más personas, conllevando a su vez una vigilancia mayor sobre las estrategias de cuidado realizadas, al tener que seguir las recomendaciones para evitar posibles contagios, o bien, en caso de que estas actividades conllevaran complicaciones a la salud, por estrés detenerlas. Mientras que, adquirir o conservar un empleo implicaba también oportunidades de sustento propio y colectivo, siempre y cuando alguien del círculo familiar se hubiera visto afectado laboralmente, como en el caso de Sandra, cuya madre detuvo sus actividades laborales y en su lugar ella adquirió un empleo.

De esta forma, uno de los principales efectos que podía tener la adquisición de un empleo, es que propició las medidas para conservar y/o adquirir los medios para sostener la vida, desde los recursos económicos para acceder a sistemas de salud o medicamentos, o bien como medio para socializar y atender necesidades psicosociales que pudiera desencadenar el encierro en el hogar.



## 2.4 Reflexiones finales

Describir y analizar las diferentes dinámicas de los grupos a los que pertenecen las juventudes, como la familia, los amigos y la comunidad académica principalmente, permite comprender cómo se consolidan las relaciones e interacciones durante un fenómeno como la emergencia sanitaria por COVID-19. Esto considerando que se desarrollan después de un acontecimiento disruptivo, y dentro del periodo en cuestión cambian, así como cambian las condiciones sociales, económicas y políticas.

Entender estos conjuntos de elementos y condiciones en las que se desarrollan las y los jóvenes universitarios, desde los espacios que habitan, los recursos materiales y económicos que disponen y las relaciones que mantienen y su forma de interactuar, son aspectos que afectan y determinan los procesos de salud-enfermedad-atención, como un proceso que va más allá de un tratamiento al COVID-19 e integra las cuestiones del acompañamiento como parte del análisis y la experiencia colectiva del fenómeno.

Por ello, analizar las características que a través del tiempo condicionaron el cierre o la apertura de los espacios, así como los aspectos económicos interrelacionados con la toma de decisiones en torno a la forma en que la gente cuida su salud, nos permite dar sentido al modo en que las y los jóvenes establecieron sus relaciones con los distintos espacios, actividades y elementos a los que estuvieron limitados para preservar el estado de salud. El confinamiento obligatorio en la unidad doméstica se tradujo en cambios sobre el ordenamiento y uso de los espacios de la vivienda y, también, en la transformación de las relaciones que se mantienen en distintas modalidades, presencial o a distancia, así como la forma de funcionar y gestionarse con respecto a las posibilidades que las TIC permiten en la actualidad. Como se identificó en este capítulo, los cambios se congregan, sintetizan y transforman en condiciones que dan lugar a la creación de acuerdos, el surgimiento de tensiones y la implementación de estrategias que procuran un estado de salud favorable o estable, y el acompañamiento de forma que procura y fortalece los cuidados y la atención de uno mismo y otras personas con las que se interactúa. Por tanto, refleja el papel de la interacción social y las relaciones que se construyen con los individuos en el entorno y la enfermedad.

Es de reconocer entonces, que, dentro de las variaciones respecto al rol de las y los jóvenes dentro de los distintos grupos, estos pueden encontrarse en posición de receptor como ejecutor, o ambas opciones, de los cuidados y la atención, en respuesta al entorno que habitan y su actuar dentro de cada grupo. Por ejemplo, dentro del grupo familiar, tomó relevancia el papel de la atención a las infancias o los adultos mayores, ejercido primordialmente por mujeres, pero con un incremento en la participación de los hombres.

Mientras que en otros grupos como las amistades, lo laboral y lo educativo desembocó en dos vertientes: la primera donde la reorganización resulta efectiva al grado de consolidar estrategias que permiten el acompañamiento a distancia o favorece el retorno a la institución educativa, como resultado de estrategias individuales y colectivas; o el origen de rupturas y tensiones ocasionadas por malestares y padecimientos que pasan de afectar la salud biopsicosocial a afectar el desempeño, la organización y las relaciones colectivas, y desemboca en el aislamiento o la suspensión de las relaciones o las actividades, como las rupturas en las amistades por cuestiones de estrés o diferencias de perspectivas sobre la salud, o la distancia que se establece con la escuela, por cuestiones económicas o de salud.

De esta forma, podemos sostener que dentro de lo que representa un fenómeno que tuvo origen a partir de la propagación de un virus, dentro de la experiencia propia de las juventudes, tiene considerables afectaciones en la forma en que se desenvuelven ellas y ellos en distintos entornos. Esto tomando en cuenta que hubo una reconfiguración general de las vidas de las y los jóvenes en términos de las personas con las que convivían, los espacios que utilizaban, los entornos en los que se desarrollaron y desarrollaron, incluyendo tanto los espacios físicos como las plataformas virtuales como centros de operaciones para el aprendizaje, la formación profesional y personal, la socialización y la prevención y atención a las enfermedades. Además de desempeñar múltiples roles, como el de cuidador o cuidado en el entorno privado o familiar, e incluso integrando y abandonando distintas actividades según la situación propia, colectiva y social lo ameriten, como aquellos estudiantes que empezaron a trabajar.

# Capítulo 3:

## Prácticas y Representaciones Sociales alrededor de la Prevención de la COVID-19

### 3.1 Introducción

Al inicio de la contingencia sanitaria el 19 de marzo de 2020, con la instauración del confinamiento total como estrategia de control de nivel de contagios, emergieron consignas como “Quédate en casa” y “Mantén sana distancia”. La primera, sostenía al aislamiento en la vivienda, como estrategia principal de cuidados en el hogar, implicando un cambio total en la forma que era utilizado el espacio del hogar y la convivencia con el resto de las personas dentro de este espacio. De esta forma, con el confinamiento se procuró no permitir el incremento desmedido de casos de personas que contrajeran el SARS-CoV-2, y que las poblaciones en riesgo no sufrieran gravemente el padecimiento, incluyendo personas mayores de 60 años (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021a), o personas con alguna comorbilidad que pudieran aumentar los riesgos de enfermar gravemente, como la diabetes, la hipertensión, u otras enfermedades asociadas a un “mayor riesgo de COVID-19 grave” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021b).

Mientras, que la segunda consigna, mencionaba la “sana distancia” como estrategia para promover los cuidados fuera del hogar principalmente y evitar espacios concurridos, el contacto cercano con otras personas, promoviendo así el distanciamiento sobre otras personas al momento de realizar las actividades de rutina en exteriores como la compra de alimentos, la compra de medicina, la atención médica incluso, o las actividades laborales.

Alternadamente, también hubo otras consignas como “usa cubrebocas”, “desinfecta y limpia superficies y objetos”, “usa gel antibacterial” y “lávate las manos”, que refieren a actitudes, acciones y formas de cuidarse, que durante la emergencia sanitaria por COVID-19, se integraron como prácticas de cuidado y atención, o fueron reforzadas como parte de los estilos de vida. Como veremos a continuación, la realización de estos actos, dan cuenta del proceso interrelacional que caracteriza cada consigna y su inserción o no dentro de las prácticas de cuidado y atención, abordando con ello su relación en torno a los siguientes elementos: las características del virus, sus variantes y los conocimientos al respecto; la experiencia y las representaciones de los individuos en el padecer, curar, atender y prevenir la enfermedad; los acuerdos y acciones colectivas producto de la interacción con otros individuos; y las respuestas que emergieron desde las instituciones o el Estado, pero que se insertaron como parte de los estilos de vida de las juventudes.

De esta forma, se describen las prácticas de cuidado sobre tres grandes grupos: la prevención, destinada a disminuir las vulnerabilidades de presentar uno o varios padecimientos; la autoexploración y la detección, como las partes que integran un papel central en la definición de un diagnóstico o la búsqueda de atención; y las prácticas de atención, que involucran los espacios a los que se recurrió, las redes que intervinieron en el proceso curativo, y el tratamiento implementado para dar solución al conjunto de signos o síntomas.

## **3.2 La prevención**

La prevención es entendida como el conjunto de prácticas que en lo individual permiten poseer y mantener un estilo de vida saludable, mientras que a su vez “faculta a las colectividades de afianzar entornos en que la sanidad sea promovida, con la finalidad de disminuir los riesgos de padecer” (Cotonieto y Rodríguez, 2019, p. 299) alguna patología o malestar, en este caso el COVID-19. Por tanto, prevenir involucra las acciones que, a través del desarrollo de medidas y técnicas, evitan que un sujeto contraiga algún virus o padezca algún malestar, signo o síntoma.

Esto se logra llevando a cabo prácticas constantes que anticipen las vulnerabilidades en salud y promuevan el bienestar.

Dicho esto, las principales prácticas de prevención a la salud instauradas de forma obligatoria por parte de los gobiernos y ejecutada por las instituciones y la población, durante la contingencia sanitaria, consistieron en el uso del cubrebocas, el uso de gel antibacterial y sanitizante, mantener la sana distancia. Estos actos representan prácticas que se insertaron en los estilos de vida individuales y colectivos, dado que su realización no conformaba parte de las costumbres o concepciones de la realidad, y por tanto ocasionaron transformaciones en torno a la forma en que se procuraba la salud propia y de los demás, como en el caso del cubrebocas, o bien, permitió reforzar otro conjunto de acciones para asegurar la estabilidad física, como el lavado de manos correcto o el “estornudo de etiqueta”.

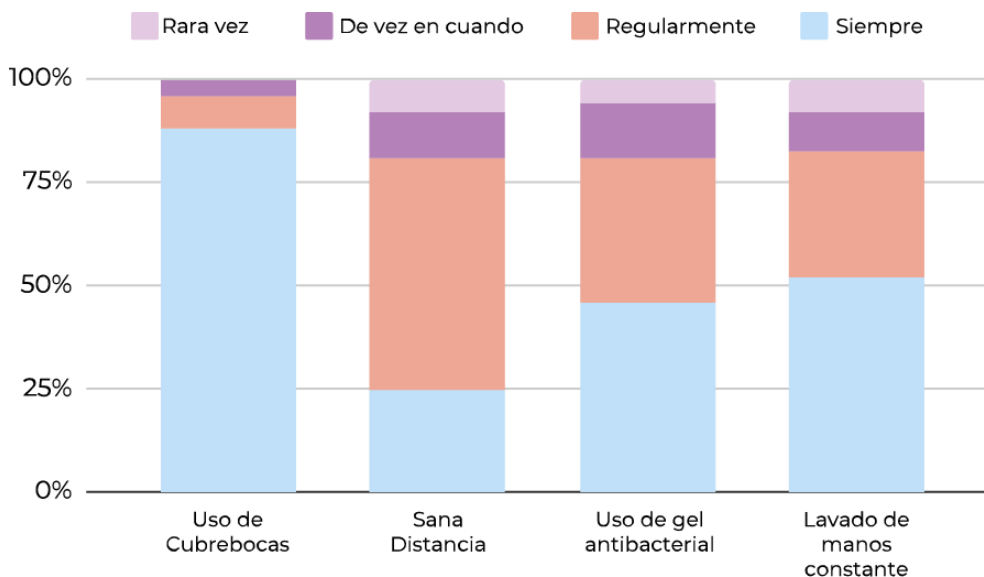
Además, es importante reconocer que se generaron desde las instancias oficiales diversos mensajes sobre la adopción de actitudes y hábitos, que si bien estaban presentes con anterioridad al fenómeno del COVID-19, eran necesario reforzarlas y llevarlas a cabo con mayor regularidad, tales como: mantener un buen estado de limpieza e higiene, realizar la limpieza con soluciones cloradas; realizar la autoexploración o autoevaluaciones de síntomas y malestares, emplear distintos dispositivos de monitoreo de la salud tales como el oxímetro, el termómetro, tensiómetro; y la búsqueda oportuna de atención médica.

La prevención entonces fue entendida y gestionada como el centro principal de atención por los medios de información, pues las consignas y estrategias reforzadas fueron sostenidas debido a su eficacia en otras ocasiones, tanto en pandemias como epidemias, para reducir la propagación de la enfermedad. Estas medidas fueron promovidas para disminuir las vulnerabilidades al contagio por COVID-19, sustentadas en la información disponible y conocida sobre el virus. Por ello durante la emergencia sanitaria, la prevención involucró la adopción e internalización de las medidas de prevención y seguridad, sobre las que destaca el uso del cubrebocas, la limpieza de superficies y objetos, la higiene personal y la sana distancia.

Tanto en el cuestionario como en las entrevistas individuales, realizadas con las y los estudiantes, mencionaron que algunas

medidas de seguridad no solían ser llevadas a cabo en el accionar diario, anterior a un fenómeno como la contingencia sanitaria. Por tanto, el conjunto de medidas de seguridad sanitaria no era considerado o planteado cómo parte de un hábito de cuidado y prevención. Entre estas medidas de seguridad, los principales actos que no figuraban como un hábito para la prevención de un padecimiento o el contagio de este fue el uso de cubrebocas y el aislamiento durante la presentación de síntomas o malestares. Mientras que, las prácticas relacionadas con la higiene, limpieza y desinfección, si bien podían ser acciones realizadas con cierta frecuencia, la emergencia sanitaria las reforzó y dotó de significación hacia la prevención en salud.

Para entender el papel de este conjunto de acciones como parte de las prácticas, en la gráfica 7 que presento a continuación, vemos representada la regularidad en que eran ejecutadas o realizadas algunas medidas de prevención en el primer trimestre del 2022, en específico el uso de cubrebocas, mantener la sana distancia, el uso gel antibacterial y el lavado de manos constante. Estas distintas actividades están organizadas en la gráfica en el eje horizontal, y la información presentada en barras hace referencia a la regularidad en que se efectuaban cada una de las medidas, dentro de los siguientes rangos de frecuencia: “siempre”, “regularmente”, “de vez en cuando” y “rara vez”.



**Gráfica 7.**  
Regularidad de uso o realización de las distintas medidas de seguridad.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

Como podemos notar de la gráfica 7, el cubrebocas fue el elemento que más destaca de la contingencia sanitaria, al tener una regularidad más pronunciada en la vida de las y los jóvenes al marcar casi la totalidad de las respuestas como “siempre”. Mientras que las otras estrategias, presentaron una realización menos frecuente. Esta diferencia estuvo dada por la imposibilidad de realizar algunas estrategias, tales como evitar el uso del transporte público o evitar la cercanía con otras personas, por ejemplo, durante la compra de víveres en el mercado. El lavado de manos no era posible realizarlo en todos los espacios, principalmente en los espacios públicos; y el uso de gel antibacterial, en ocasiones dependía de disponer una cantidad embotellada al salir del hogar.

Cada una de estas acciones conllevaron, además, un flujo constante de representaciones sociales, entendidas como un conjunto de ideas o narrativas colectivas para entender la realidad, y que se ven reflejadas en la emisión de juicios, como la etiqueta de enfermo al usar cubrebocas, la creación de mitos como la teoría sobre la COVID siendo una invención, que posteriormente dieron lugar a la instauración de ciertos actos como prácticas sociales y que a su vez dio origen también a distintas representaciones sociales, como los cambios de percepción sobre el cubrebocas.

De esta forma, sobre la prevención se detalla a profundidad las relaciones establecidas en torno a la realización de cuatro actos representativos: el uso del cubrebocas; el uso del gel antibacterial, la desinfección y limpieza; la sana distancia; y la vacunación. Además, se incluye un apartado refiriendo a la omisión de estas medidas.

### **3.2.1 Uso de Cubrebocas**

Como parte del sustento sobre el uso del cubrebocas, entidades como la Organización Mundial de Salud, brindó ciertas sugerencias sobre su uso en espacios comunitarios o públicos, así como aportó ciertas alternativas en caso de no disponer de cubrebocas de uso médico. Al respectó, enfatizó en el uso de cubrebocas de tri-capa, cada uno de distintos materiales que evitaran la acumulación de partículas de agua y que permitan los flujos de aire (World Health Organisation [WHO], 2020a).

En cambio, sobre los espacios en los que era sugerido su uso, se recomienda principalmente en espacios con sistemas insuficientes de ventilación, espacios cerrados o abiertos donde la distancia física no puede sostenerse, o en situaciones donde hay riesgos de contagio (WHO, 2020a). Debido a esto, las consignas difundidas en torno al uso de cubrebocas, promovía su uso en cualquier espacio fuera del hogar, desde el comienzo de la contingencia sanitaria.

El cubrebocas, antes de insertarse como un insumo normalizado en los estilos de vida de las juventudes, fue considerado como un objeto que etiquetaba como “enferma/o” a quién hacía uso de este objeto. No obstante, debido a su uso obligatorio por la emergencia sanitaria, pasó por un proceso de resignificación del objeto, en el que comenzó como un insumo que producía incomodidad, por “sofoco” o falta de aire al respirar, hasta instaurarse como un elemento que sostuvo una percepción favorable sobre poseer o ejercer un estilo de vida saludable de quien hiciera uso de este. De esta forma, podemos ubicar los distintos momentos en los que pasó el cubrebocas, que serán detallados a través de distintos tipos de ideas, narrativas y percepciones que circulaban en la colectividad, pero que con el paso del tiempo se instauró como una práctica social o una acción normalizada en el individuo y la sociedad, y fue reflejó de un nuevo conjunto de narrativas que reflejaban la redefinición del cubrebocas.

Primero, retomo lo mencionado sobre la relación simbólica que tenía el cubrebocas con el padecimiento de alguna enfermedad por parte del usuario, antes de la pandemia por COVID-19. Esto implicaba que encontrarse con una persona que portaba un cubrebocas en el rostro podía llevar al portador a ser excluido o segregado del grupo o de la sociedad, al tener la premisa inicial sobre que las y los portadores de cubrebocas hacen uso de este por poseer un diagnóstico de contagio, en lugar de concebirlo como una herramienta de protección y prevención en un periodo en que se desconocían las características del malestar.

En cambio, cuando es declarado el confinamiento total y el uso de este objetó pasó a ser obligatorio fuera de la vivienda, su uso produjo nociones de sofoco, al no ser un acto frecuente, ni habitual. Incluso, algunos estudiantes indicaron que por dicha incomodidad ellos u otras personas podían recurrir a hacer uso de este objeto de una forma equivocada, solo cubriendo la boca. Pero, fue esta



misma declaratoria de su uso obligatorio en espacios públicos la que dio lugar a la ruptura de la idea anteriormente descrita sobre la etiqueta de enfermo. Esto fue dado al observar a otros haciendo uso de este objeto sin poder establecer diferencias por contar o no con un diagnóstico de la SARS-CoV-2 y, por tanto, detuvo la atribución de la etiqueta de enfermo al no poder reconocer quien padecía el virus de quien no lo hacía.

En cambio, conforme avanzó el tiempo, hacia la nueva normalidad, la necesidad y oportunidad de salir de los hogares se hizo más presente. Esto por la ampliación del catálogo de actividades disponibles a realizar en exteriores, incluyendo trabajo, compra de alimentos e insumos para el hogar en supermercados o negocios, así como la ampliación de los servicios de salud, por lo que hacer el uso del cubrebocas se tornó en una acción de mayor regularidad en la vida diaria para las y los jóvenes estudiantes y sus familiares. De esta forma, el seguimiento de esta medida de seguridad dio lugar a la integración de nociones de seguridad y cuidados en la vida de ellas y ellos.

Como ejemplo de esta situación, Sam en un grupo de discusión, mencionó que el cubrebocas para él fue de los objetos más significativos que podrían sintetizar su experiencia en la contingencia sanitaria, debido a que fue insertado como un elemento importante para la interacción, en entornos que no era habitual antes de la contingencia sanitaria.

*Esa es la [medida] más clarísima, porque es curioso, siempre que nos enfermamos usábamos cubrebocas de los que venden en farmacias o tiendas a 2 o 3 pesos. Pero luego tener que utilizar otros cubrebocas y que implican ciertos cuidados, entonces tener que usar cubrebocas de poliéster al [tener que ir] lugares casuales, [...]. Para mí es lo menos representativo de las cosas más representativas, porque casi no salgo. Y aún no me acostumbro a usar cubrebocas - Sam (Grupo de Discusión, 24/09/2021).*

Entonces, cuando se comenzó a vislumbrar la posibilidad de retorno a escuelas, en un grupo de discusión, las y los estudiantes declararon que el cubrebocas pasó a ser un artículo que ya formaba parte del estilo de vida diario, necesario para la prevención de contraer enfermedades de forma general, así como para cuidar a otros. Esto, consideraron que se reflejaba al efectuar preguntas como “¿traigo cubrebocas?” como cuestionamiento a sí mismas/os, o recordar a otros al preguntar “¿llevas cubrebocas?”, o bien la orden o sugerencia “ponte el cubrebocas”, que evidencian una

actitud de vigilancia y de construcción colectiva de entornos que considerar seguros desde la forma en que se convive con la gente, a partir del seguimiento de esta estrategia como forma principal de cuidados, involucrando a cualquier persona con quien convivían (Grupo de discusión, 8/10/2021).

Diana indicó, que durante la contingencia hubo un momento en el que inconscientemente, tomaba otro tipo de actitudes, cuando ella o su amiga se encontraban en cercanía con alguien más. Por lo que comenzaban a responder cerrando los ojos y deteniendo la respiración, obstruyendo dos de las puertas de entrada del virus.

*Una amiga me decía que cerraba los ojos cuando pasaba alguien y dejaba de respirar mi amiga. Esas cosas se me han pegado un poco, aunque traiga el cubrebocas también empiezo a hacerlo. Y también me descubro haciendo caras con el cubrebocas. - Diana (comunicado personal, 3/02/2022).*

Esto, a su vez, lo constató Martha, quien dentro de su testimonio indicó algunas excepciones para el uso del cubrebocas, pero sostuvo la necesidad de llevarlo a cabo ella y las demás personas. O bien, Israel mencionó como al cubrebocas se le dotó de un valor de respeto hacia el otro, en el que no llevar a cabo esa medida de seguridad, llevaba la responsabilidad a quién omite su uso.

*Me volví más cuidadosa tanto con mi persona, como con las demás. Esa parte de “Te cuido, me cuidas, nos cuidamos todos” en esta parte en la que si yo veo que alguien no trae mascarilla sin que esté comiendo, ponle tu cuando esté comiendo obviamente no lo tiene que traer. Pero deja de comer y es de, ponte el cubrebocas. Entonces esa parte de los cuidados que se volvió más fuerte - Martha (comunicado personal, 23/02/2022).*

*Traer cubrebocas se torna como un acto de respeto. [la responsabilidad] como que recae en ti o te pega. - Israel (comunicado personal, 18/03/2022).*

Para este punto, la convivencia con otras personas fuera de la vivienda en algunos casos era algo que podía llevarse a cabo con cierta regularidad, especialmente con las amistades. Pero el uso de cubrebocas, más allá de ser un símbolo de cuidados, protección y seguridad a la salud, también implicó ciertos retos respecto a la sociabilidad, en específico en la comunicación e interacción. Esto debido a que el cubrebocas, produce ciertas limitaciones con su uso, como reduciendo el rango visible de la gesticulación facial, o bien ocasionando problemas en la comprensión de las palabras al momento de comunicarnos.

*Muchas veces, algo que ayuda a convivir es visualizar a la otra persona. Entonces, cuando la otra persona trae cubrebocas es difícil saber la forma en que está expresando o sus emociones que es algo que se sabe mucho por la cara de la otra persona. Entonces eso es dentro de las medidas. - Damián (comunicado personal, 24/03/2022).*

Esta situación fue evidenciada durante un grupo de discusión en el que las y los estudiantes mencionaron que, aunque los ojos permitiera ser un medio para expresar cosas, no siempre resultaba comprensible el mensaje si no había los suficientes símbolos. Como ejemplo Natalia mencionó que en términos de la gesticulación el cubrebocas obstruye esa parte de la visualización de los gestos de forma integral con respecto la nariz y la boca, y se traduce en complicaciones de entendimiento, “como cuando alguien dice que tal persona “sonríe con los ojos”, mientras que desconocemos si no está haciendo ese gesto al intentar enfocar su vista, cuando la comunicación no viene acompañada de una conversación” (Natalia, Grupo de Discusión, 8/10/2021). Israel complementó esta situación al expresar que incluso dentro de la interacción con otras personas, este objeto también podía implicar una barrera, dado que, al llevar a cabo una medida de seguridad como esta, era también un recordatorio de otras estrategias de prevención.

*Bueno, si pensamos en las consecuencias, si, horrible. Siento que separa, siento que hay abismos. Ves un cubrebocas y siento que hay un abismo. Es una nueva manera de huir o de estar lejos. O una nueva manera de marcar tu espacio. Que te pongas el cubrebocas y hay este abismo que te dice: “pues trae el cubrebocas” y marca este abismo “no sé uno y medio [de distancia], ojo”. Es lo que siento o percibo - Israel (comunicado personal, 18/03/2022).*

De esta forma, a lo largo de estas transiciones mencionadas sobre las tensiones, ideas, reflexiones y nociones que producía usar el cubrebocas podemos notar como una acción, que surgió en la colectividad a partir de una imposición institucional, sea la declaración de uso obligatorio, tuvo efectos en las condiciones de desarrollo y expresión de las y los jóvenes a lo largo del tiempo. Y pudo transitar de una cuestión de exclusión por la idea de que el usuario era alguien “enfermo”, hacia lo que José declaró discriminación o exclusión por hacer caso omiso de esta medida de seguridad.

*Se veía muy discriminativo ir en la calle y no traer cubrebocas. Entonces la gente se cruzaba la banqueta si no traía cubrebocas. Entonces se ponía muy agresivo - José (comunicado personal, 24/03/2022).*

Alternadamente, refiriendo a la normalización del cubrebocas como un insumo en la vida cotidiana para llevar a cabo la prevención y los cuidados, fue que su realización se efectuaba también de forma inconsciente, esto implicó que dejó de ser reflexionado o incluso era olvidada su existencia en el rostro de las juventudes. Esto llevó a casos en que las personas al usar cubrebocas podían cometer errores al intentar ingerir alguna bebida o alimento, al ignorarlo, o podían olvidar quitarlo en espacios privados como la vivienda, donde su uso se restringía a los exteriores (Grupo de discusión, 8/10/2021).

### 3.2.2 Sanitización

La sanitización refiere principalmente a las estrategias de limpieza y desinfección promovidas desde la declaratoria de la emergencia sanitaria, para reducir las posibilidades de supervivencia del virus en distintas superficies, y evitar el contacto de las manos con alguna de las puertas de entrada del virus SARS-CoV-2, que son los ojos, la nariz y la boca (Meyerowitz, E. et al., 2021). Esto involucra actividades como el uso de gel antibacterial, mejorar la técnica de lavado de manos, la desinfección de uno mismo o de superficies, el uso de agua clorada para sanitizar y/o desinfectar, la sanitización de calzado, además de cambiar de ropa al reingresar al hogar.

El uso de dichas estrategias fue indicado principalmente al entrar y salir de las viviendas y los establecimientos, e involucró la adquisición de insumos específicos para la limpieza y la higiene que asegurara la realización de estas actividades. Estas medidas de prevención implicaron ciertas necesidades para su realización, por ejemplo, Abigail relató que, en la vivienda, fue necesario integrar un espacio específico para la desinfección a cuerpo completo y/o para cambiar de ropa antes de reingresar al hogar. Estrategia que implementó también para la atención y el cuidado de las infancias.

*Cuando estoy de niñera, lo que hago es ponerle muchos juguetes a los niños y solo cuido que no se vayan a caer. Al recibirlos trato de sanitizarlos, compré el aerosol y desinfecto*

*sus cosas. Y con mi mamá tenemos un espacio donde ella deja todos los zapatos, etcétera. Ahí dejamos las cosas, y un espacio donde nos quedamos un ratito y luego entramos a la casa. - Abigail (comunicado personal, 19/05/2021).*

Por otra parte, Martha enfatizó en las duchas que era necesario llevar a cabo al ingresar en su casa, y antes de comenzar alguna actividad, o en el caso de visitar a su abuela, podía implicar más de una ducha al día.

*Y con mi familia sé que todos se cuidan, es como un cuidado extremo, al principio muy extremo y ahorita si se ha alivianado pues a la situación. Por ejemplo, antes al salir y llegar a casa, era llegar, bañarse y ahora sí. O cuando íbamos a la casa de mi abuelita, era de llegar bañados y aunque así te hayas bañado en la casa te tienes que sanitizar. - Martha (comunicado personal, 23/02/2022).*

En las dinámicas de la unidad doméstica, esto implicó destinar un espacio específico para la limpieza y desinfección de los objetos y alimentos posterior a la compra de bienes en tiendas, mercados, o en farmacéuticas. Como una estrategia que se implementó con la finalidad de prevenir la posibilidad de la existencia del virus en las superficies y reducir la propagación de este. Sandra, por ejemplo, nos relató su experiencia en torno a la desinfección dentro de su hogar y el trabajo que tuvo en el momento.

*Físicamente intento no acercarme a personas que están enfermas porque mis defensas siempre están bajas. Por ello uso cubrebocas, gel antibacterial, porque convivo con muchas personas que llegan al trabajo y no les interesa mucho cuidar su salud. Entonces también tengo que desinfectar las superficies, porque llegan y tocan todo. Pero en la croquetería tengo que llevar mis productos para desinfectar - Sandra (comunicado personal, 24/05/2021).*

Carlos, que también habitó un ambiente similar, narra que en su familia las rutinas de limpieza y desinfección constituían un hecho más frecuente, dado que en su familia poseen un negocio familiar de cocina, por lo que tenían que cumplir con ciertas regulaciones de higiene y limpieza, tal como podemos notar en su testimonio. Además de integrar la limpieza y desinfección cuando enfermaba alguien de su familia.

*Siempre hemos sido de muchísimos cuidados en mi casa y trato de seguir llevando esas costumbres porque incluso al lavar los alimentos o tocar ciertas superficies, o estar trabajando en el*

*área de la comida somos muy higiénicos en ese aspecto. [...] Esto, casi siempre lo hemos tenido, pero al estar todos, quién más se enferma es uno de mis hermanos que ha enfermado 3 veces de COVID, por suerte con síntomas menores. Pero debido a ello, nos hemos previsto con insumos de limpieza, desinfección - Carlos (comunicado personal, 04/03/2022).*

Por tanto, otro de los entornos donde las y los jóvenes universitarios enfrentaron la necesidad de implementar estas medidas de seguridad, involucró los negocios o espacios como supermercados, sea como trabajadores o como usuarios de los servicios. De esta forma, dentro de la declaración de la emergencia sanitaria se instauró la necesidad de instalar estaciones de sanidad, que involucraron principalmente la sanitización de calzado y el uso de gel antibacterial, así como la toma de temperatura, y con menor regularidad cámaras o pasillos de desinfección a cuerpo completo. Al respecto, Carlos expresó que, para realizar algunas actividades deportivas, durante la instauración de la nueva normalidad, se les exigía situaciones de limpieza similares sobre lavado y uso de gel antibacterial, pero que al ser algo que estaban realizando con anterioridad, no necesariamente representó un cambio mayor.

*El cambio más grande fue delimitar los aspectos de cuidado porque se nos exigía el lavado de manos, gel antibacterial, uso de cubrebocas, entonces fue una cuestión ya de muy fácil de seguir realizando ya que son los cuidados básicos de toda esta situación. Entonces a veces se complicaba al olvidar el cubrebocas, pero no fue un gran cambio el mantener estos cambios porque era usar cubrebocas, desinfectarte. - Carlos (comunicado personal, 04/03/2022).*

Alternadamente, las y los jóvenes, como usuarias/os del transporte público, procuraron una reducir el número de personas por las que pasaba el dinero sobrante al pagar el servicio, y se incluyó el uso constante del gel antibacterial después de entrar en contacto con dinero en efectivo o en las barandillas del sistema de transporte. Esto también favoreció el uso de plataformas de compra a domicilio, dado que permiten pagar por medios electrónicos, y el contacto con otras personas se redujo (Grupo de discusión, 22/10/2023).

*Como salud física creo que es importante, porque es la primera barrera. Sí falla tu salud física te puedes morir. Entonces sería eso de limpiar las manos, las bolsas, de no dejar residuos. Procurar no tener contacto con mucha gente*

*que no conocemos, en cuestiones de que si vemos que alguien estornuda en el transporte público como que prevenimos en el sentido de no tocar esa barandilla para no hacer un foco de infección. - Sam (comunicado personal, 17/02/2022).*

### **3.2.3 Sana Distancia**

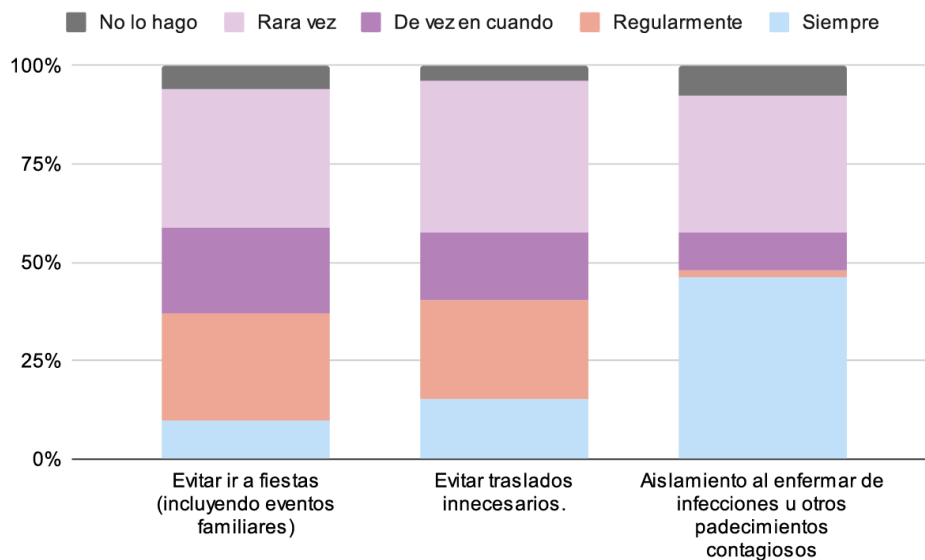
Como destaca Meyerowitz, et al. (2021), dentro de las características de contagio por SARS-CoV-2, los entornos de preocupación residen en los espacios cerrados y con sistemas de ventilación deficientes, o bien espacios donde la distancia entre una persona y otra es menor a un metro. Estas características resultan de preocupación en términos de control de contagios por COVID-19, debido a que mantener una distancia mayor a un metro y medio en consonancia con las estrategias anteriores, uso de cubrebocas y sanitización, son las principales medidas de prevención constante ante el padecimiento (IMSS, 2020). De esta forma, procurar la sana distancia, responde principalmente a una condición ambiental sobre los contagios.

La sana distancia, al integrarse como parte de los hábitos de vida de las y los jóvenes, dio lugar a ciertas complicaciones cuando la medida no era acatada, como relató Valeria, que incluso por solicitar el espacio podía recibir respuestas negativas. Situación que le producía mayor incomodidad cuando la otra persona tampoco hacía uso de cubrebocas.

*Me molesta que cuando estoy en el super, la gente no toma su distancia. Y más cuando no traen cubrebocas. Entonces se acercan mucho y me molesta porque intento mantener la distancia. Y lo trato, cuando me molesta demasiado, de afrontar a la persona y pedirle que se haga para atrás, para tener la sana distancia. A veces no se lo toman bien, y mejor mantener mi tranquilidad. - Valeria (comunicado personal, 28/03/2022).*

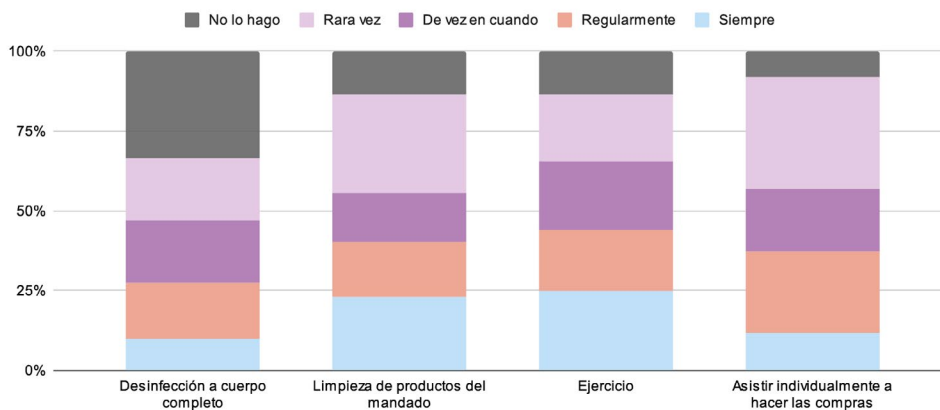
En las gráficas 8a y 8b, tenemos en el eje horizontal agrupado por la realización de distintas medidas de seguridad y prevención de la salud, entre ellas la desinfección a cuerpo completo, la limpieza de productos del mandado, o en relación con la sana distancia y el aislamiento vemos desplegada la información en cuatro actividades distintas: realizar las compras de forma individual, evitar asistir a fiestas, evitar traslados innecesarios y aislarse en caso de padecer alguna enfermedad. Estas

actividades, están divididas en relación con la regularidad con la que son efectuadas por las y los estudiantes universitarios: Siempre, Regularmente, De vez en cuando, Rara vez y Nunca.



**Gráfica 8a.**  
Regularidad de realización de las distintas medidas de seguridad.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



**Gráfica 8b.**  
Regularidad de realización de las distintas medidas de seguridad.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

Podemos visualizar que, durante el periodo del retorno total, en que las actividades educativas pasaron por una transición de lo virtual a lo presencial, podemos distinguir como distintas medidas de seguridad fueron integradas en la cotidianidad u otras dejaron de ser realizadas. Al respecto, se observa que el aislamiento al padecer alguna infección era llevado a cabo con mayor regularidad. Mientras que, otras estrategias, como la desinfección a cuerpo



completo, la limpieza de productos del mandado, como hacer las compras de forma individual, evitar asistir a fiestas o reuniones, o evitar traslados “innecesarios”, implicaron una disminución de la frecuencia en que eran realizadas.

Para poder mantener las condiciones de sana distancia, en los negocios, centros comerciales y supermercados, se implementaron medidas obligatorias como el aforo máximo permitido. Esto involucró la reducción forzosa de personas que ingresaban a un establecimiento, y en algunos casos, lo limitó a la presencia de una persona de cada familia. Esta medida, tomaba forma de acuerdo con el semáforo epidemiológico, por lo que las tasas de contagio elevadas y ocupación hospitalaria alta, involucró una reducción del aforo del 75% (Gobierno de México, s.f.). Si este semáforo disminuía su nivel, indicaba una mayor apertura a recibir personas, y por tanto permitir mayores conglomeraciones.

Esto, dentro de la comprensión de la realidad, podía desembocar para las y los jóvenes en situaciones de ansiedad o incomodidad al observar grupos grandes de personas. Diana relata las situaciones por las que pasaba cuando había conglomeraciones, y las asociaciones que podía hacer, especialmente si una o varias personas no usaban cubrebocas.

*Me da mucha ansiedad cuando hay más personas. De por sí yo era de casi no estar con muchas personas, entonces sí he notado que, entre más personas, más nerviosa me pongo. Y esto sucedió de todo esto que viene de la pandemia. Yo sí sentí un cambio bien cañon de que, si ahora veo gente, automáticamente lo asocio con COVID. Y más que nada porque cuando veo a la gente convivir y todo, pues sin cubrebocas. Y pienso, mínimo una persona aquí trae COVID, entonces alguien se va a enfermar. Ese es mi criterio, entonces también mi pensamiento en la calle es de que todos tienen COVID. Y con eso en mente voy a actuar como si todos lo tuvieran y voy aumentando mi distancia. - Diana (comunicado personal, 03/02/2022).*

### 3.4.4 Vacunación

La vacunación, representó otra estrategia para responder a la infección por SARS-CoV-2, en México comenzó a ser realizada durante el segundo trimestre del 2021, y fue un elemento para paliar los efectos del COVID-19, tanto a nivel individual al reducir las afectaciones a la salud, como a nivel colectivo al procurar reducir la demanda hospitalaria y posteriormente poder llevar a cabo un retorno a oficinas, escuelas, negocios y espacios públicos. Para esto, la vacunación estuvo organizada según la pertenencia a grupos de riesgo, la profesión, y finalmente los grupos etarios. Es decir, estuvo organizada en torno a la población mayor de 60 años, personas con alguna comorbilidad, personal médico y enfermero, personas en gestación, docentes, y finalmente por grupos de edad.

De esta forma, dentro de la experiencia de las y los estudiantes su vacunación tuvo lugar hasta el mes de agosto del 2021, correspondiente a las edades de 18 a 29 años. En Morelia estuvo organizada en periodos de tres días, fue considerada como un evento desorganizado, debido a la carencia de un sistema u orden de vacunación, que llevó a algunos grupos a acampar fuera de los centros de vacunación para adquirir la vacuna. Hubo jóvenes que, al no alcanzar vacuna en determinado momento, tuvieron que esperar a la jornada del día siguiente, en ocasiones conservando el lugar en que habían terminado, en otras reiniciando la espera (Grupo de reflexión, 29/08/2021).

La vacunación no puede ser únicamente reducida a la administración de una preparación que procura fortalecer el sistema inmune, al dar información en distintas formas sobre la composición del patógeno. Sino que la vacunación también involucró el desarrollo e implementación de otros tipos de estrategias y medidas, que responden a conocimientos adquiridos, pero que, por las condiciones en que se desarrollan, pudo dar lugar a diversas complicaciones a la salud. Es decir, las jornadas de vacunación tuvieron implicaciones sociales, de vulnerabilidades, riesgos, cuidados y atención a la salud.

La vacunación, por tanto, permitió consolidar una condición de reencuentro con amistades, permitiendo que la espera por la vacuna sucediera de una forma amena y agradable en compañía de personas de agrado. No obstante, la espera

involucró otros tipos de conflictos, como la falta de toma de sana distancia por las conglomeraciones que tuvieron lugar con los campamentos, los riesgos a los que se expusieron, como la insolación, la deshidratación, los peligros viales, la respiración de aire contaminado, o bien a la lluvia.

Además, en el grupo de discusión en que se abordó la vacunación, se emitieron también juicios hacia aquellas personas que optaban por acampar, desde comentarios vinculados al egoísmo de las personas que lo hacían, ocasionando irritación en algunos jóvenes al considerar que acampar disminuye las posibilidades a otros de adquirir la vacuna, al grado de ser comparado incluso con las compras de pánico. También había discursos originados desde la empatía, sobre la preocupación de estos jóvenes que acampaban por la salud propia y de las personas con quienes habitan como supuestos de principales motores para procurar la vacunación (Grupo de reflexión, 29 de agosto de 2021).

Como podemos notar, la vacunación involucró otros elementos más allá de la vacuna que era administrada. Involucrando no sólo una situación de accesibilidad y disponibilidad de tiempo para adquirir alguna de las dosis necesarias en el tratamiento preventivo. Por tanto, la vacunación como parte de una representación social, estuvo sujeta a interpretaciones, y como práctica nos brinda indicios sobre cómo se atendían las situaciones por las que atravesaron las y los jóvenes, desde los modos en que se trataba y comprendía el fenómeno, e incluyó aspectos como ser una condición viable para el reencuentro y reconexión social, la inquietud de enfermar, los peligros o vulnerabilidades atravesadas para adquirir el tratamiento, e incluso los juicios que eran emitidos hacia otras personas, hasta los cuidados y tratamientos adoptados para atender los efectos secundarios ocasionados por la vacunación.

Los efectos físicos que las vacunas ocasionaron variaron entre cada persona, pero los síntomas más frecuentes fueron la sensación de cuerpo cortado, dolor de cabeza, dolor en la zona donde fue aplicada la vacuna, dolor en el lado opuesto del cuerpo, fiebre, sudores nocturnos, entre otros. Para contrarrestar los síntomas se hizo uso de tratamientos farmacológicos, como la ingesta de paracetamol, ibuprofeno, y en casos donde los síntomas resultaban en grados intolerables, ketorolaco. Para no afectar la efectividad de las vacunas, se sugirió evitar el consumo de alcohol, en periodos que iban de 3 días a una semana.

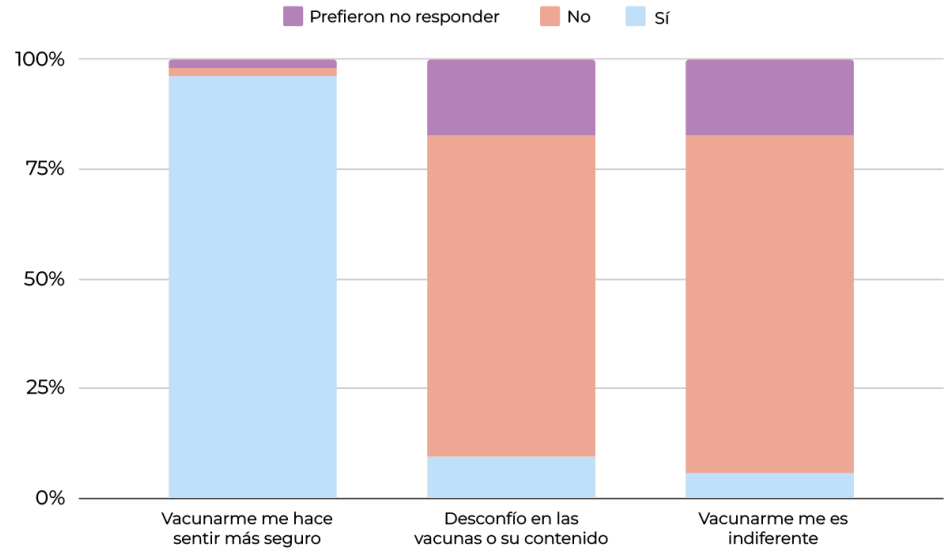
En cuanto a los cuidados, los medios de comunicación enfatizaban en la importancia de reconocer la vacunación como un medio de prevención complementario a las estrategias ya mencionadas, por lo que no se permitía omitir el uso de cubrebocas, la sanitización y menos aún la conglomeración o la falta de sana distancia. Estos mensajes, llegaron a ser reproducidos por algunas y algunos jóvenes quienes también enfatizaban en mantener dichas medidas durante y después de la vacunación. Por ejemplo, Daniela, que reconocía la vacuna como una forma de disminuir los riesgos de enfermarse de gravedad por COVID-19, y lo necesario de seguir haciendo uso de las otras medidas de seguridad para evitar posibles contagios.

*Creo que el hecho de que todos nos vacunemos puede prevenir que la pandemia fluya en este sentido de agravarse o que existan nuevas cepas. Si ya estamos protegidos, no es imposible que enfermemos, pero sí que ya no sea grave. Y tomar, por otra parte, responsabilidad individualmente, de traer cubrebocas, el gel antibacterial. Y a veces es imposible mantener la sana distancia, pero si podemos no frecuentar lugares que pudieran alzar el riesgo de contagiarse. Pero también hay personas que ya al vacunarse, disminuyeron completamente sus medidas. Entonces ya es de siempre traer cubrebocas, usar el gel. Mantener estas actitudes, es un cuidado para todos y no para uno solamente. - Daniela (comunicado personal, 04/02/2022).*

En la siguiente gráfica se muestra un congregateo de las nociones que produjo la vacunación en las y los jóvenes. Esto está congregateo en tres afirmaciones principales: sobre si la vacuna les hace sentir seguros, si presentaron desconfianza sobre la vacunación, o si les resultaba indiferente vacunarse. De este modo, las respuestas de las y los estudiantes universitarios se presentan apiladas, para congregateo las respuestas en porcentajes, y cubre tres posibles opciones para cada afirmación: “sí” (azul), “no” (naranja) y un tercer caso en el que se conjugan los casos que optaron por no dar respuesta (morado).

**Gráfica 9.**  
Nociones generales sobre la vacunación: seguridad, desconfianza e indiferencia.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



Como podemos distinguir, la vacunación ocasionó diversas nociones sobre la seguridad que esta les producía, involucrando esta noción en casi la totalidad de las juventudes que respondieron el cuestionario (50 jóvenes de 52, 96.15%). Mientras que, sobre la desconfianza o la indiferencia, quienes coinciden con estas ideas, eran cantidades mucho menores. Con esto, hay una situación importante a destacar respecto a la seguridad que marcaba la vacunación, y es que, al estar vacunados, las y los jóvenes podían asumir un estado de seguridad tal, que favorecía la idea de omitir la realización de algunas medidas de seguridad, tal como relató Carlos:

*Creo que ya tenemos una cultura muy marcada, debido a lo abrupto que fue acostumbrarnos a los cuidados de la pandemia. Por ejemplo, constantemente, me enfrenté a que después de la vacunación, algunas personas dejaban de percibir los riesgos de la misma forma, y pensaban que por estar vacunados están salvados de cualquier riesgo, y es necesario entender que los cuidados son casi permanentes y no que la vacuna genera inmunidad total. - Carlos (comunicado personal, 04/03/2022).*

En resumen, dentro de lo que refiere a las prácticas de prevención ante la COVID-19 podemos destacar la vacunación como un evento con un doble componente: por un lado, como un acontecimiento que brindó seguridad a quienes eran vacunados y su entorno, sobre la reducción de riesgos de enfermarse de gravedad al contagiarse de COVID-19; por otro lado, representaba un acto complementario a la prevención en conjunto con otras de las medidas de prevención, como el uso del cubrebocas o la sana distancia.

No obstante, es necesario mencionar que la confianza en la vacuna podría verse permeada por los flujos de información que tuvieron lugar cuando las distintas opciones de vacunas comenzaron a ser distribuidas y administradas. Enfrentando distintas notas como posibles motivos para no vacunarse, o no completar el esquema completo, que van sobre el desconocimiento sobre los métodos implementados para desarrollar la vacuna, cuestionamientos sobre la estrategia de implementación, y las estadísticas de éxito o fallo de las distintas opciones de vacunas (Cansino, Moderna, Pfizer, AstraZeneca, por ejemplo). Sobre esto, David relató que incluso cuando en determinado punto ya poseía el esquema completo contra la COVID-19, fue este flujo de información un evento determinante para desconfiar en la vacunación. De este modo, podría ser necesario que existiera alguna situación de coerción social, y para realizar o no la vacunación también podía depender de otras situaciones, como David, quien relató que optó por vacunarse considerándolo como un posible requisito para el retorno a actividades presenciales:

*Me he puesto tres dosis de vacunas; no confiaba en ellas por la incertidumbre y todas las notas que fluían, y si empecé a creer en las teorías conspiranoicas. Pero decidí confiar en el sistema de salud, además de que supuse que iba a ser requisito de la Universidad para el retorno a actividades presenciales. Además de que la universidad compartía información al respecto. Lo cual me hizo confiar en las vacunas en lugar de las teorías que me confundían y ni siquiera sabía si era verdad.  
- David (comunicado personal, 28/03/2022).*

Respecto al testimonio de David, es importante destacar la influencia de las “teorías conspiranoicas” dentro de la confianza en los métodos y estrategias de cuidado a la salud, así como en la toma de decisiones sobre el seguimiento de estas estrategias. De forma que estas teorías o suposiciones vinculadas con un control de la población y manipulación a través de un patógeno, pueden ser discursos que desvirtúan los avances tecnológicos y científicos necesarios para el desarrollo de las distintas vacunas o la implementación de las medidas de seguridad. Por lo que el seguimiento de las estrategias de salud quedó vinculado con el acceso a la información, el tipo de información que se recibe, incidiendo directamente en las nociones de seguridad o inseguridad sobre el cuidado de sí mismos y las personas del entorno.

### 3.2.5 Cambios en la percepción de los procesos de prevención

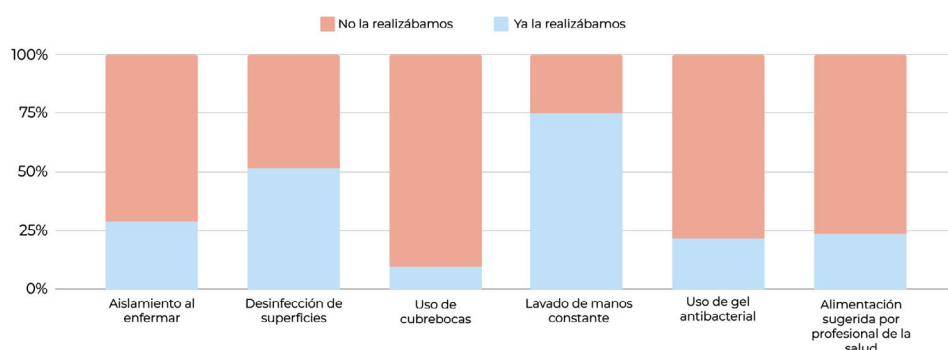
Como podemos notar en los apartados anteriores, dar seguimiento a una o más prácticas de prevención de enfermedades, es un proceso en el que afectan no sólo las condiciones históricas y sociales, sino que también afectan las ideas, los conocimientos, las narrativas en el desarrollo, los cambios y las transformaciones de las prácticas de prevención. De esta forma, las prácticas y las representaciones sociales que existen en torno a la prevención son elementos que fluyen en cambios constantes. Por lo que es necesario comprender en general los cambios en prevención, desde el inicio de la contingencia sanitaria en marzo del 2020. Por ejemplo, Alberto, indicó que en el periodo en el que vivía con su abuela, al acompañarla a hacer el mandado o las compras, lo que más procuraba era que ella siguiera las medidas de seguridad, esto debido a la preocupación de la vulnerabilidad en la que pudiera estar ella por edad, o por exposición misma, cuando alguien más no hacía uso correcto del cubrebocas.

*Estaba más al tanto de las medidas de seguridad con tal de reducir riesgos, como insistir a mi abuela en el uso correcto del cubrebocas cuando ella se lo desacomodaba, o del gel antibacterial, e incluso procuraba que la convivencia con otros conocidos fuera menor, en especial si las otras personas no usaban el cubrebocas. En esos casos, más que procurar hacer las compras, procuraba que [ella] siguiera las medidas de seguridad. - Alberto (comunicado personal, 20/01/2022).*

Podemos dar cuenta que dentro de las implicaciones que tuvo la inserción de estas medidas de prevención en los estilos de vida colectivos, la vigilancia colectiva sobre el seguimiento de estas estrategias podría ser una pauta para establecer la interacción. Esto debido a que desde la perspectiva de las y los estudiantes, reunirse con amigas/os que no pertenecen al círculo habitacional, implicaba también un cuestionamiento sobre las formas en que las y los otros cuidaban de sí y de los demás, principalmente con el estándar del uso de cubrebocas como medida de cuidado primordial.

*Con mis amigos, ahí siempre era de no sé si te estás cuidando. Entonces después de eso de que me dio COVID a mí, me entró un pánico social muy grande. - Martha (comunicado personal, 23/02/2022).*

En la siguiente gráfica están representadas las distintas medidas de seguridad sugeridas para la emergencia sanitaria por COVID-19 con relación a si estas actividades eran realizadas antes de la contingencia sanitaria. Es decir, la información está agrupada en dos opciones: si alguna de las distintas medidas de seguridad era realizada antes de la contingencia sanitaria (indicada en azul), o si no era llevada a cabo durante el periodo (en color naranja).



**Gráfica 10.** *Contraste respecto a la realización de medidas de seguridad sanitarias, antes y durante de la contingencia sanitaria.*

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

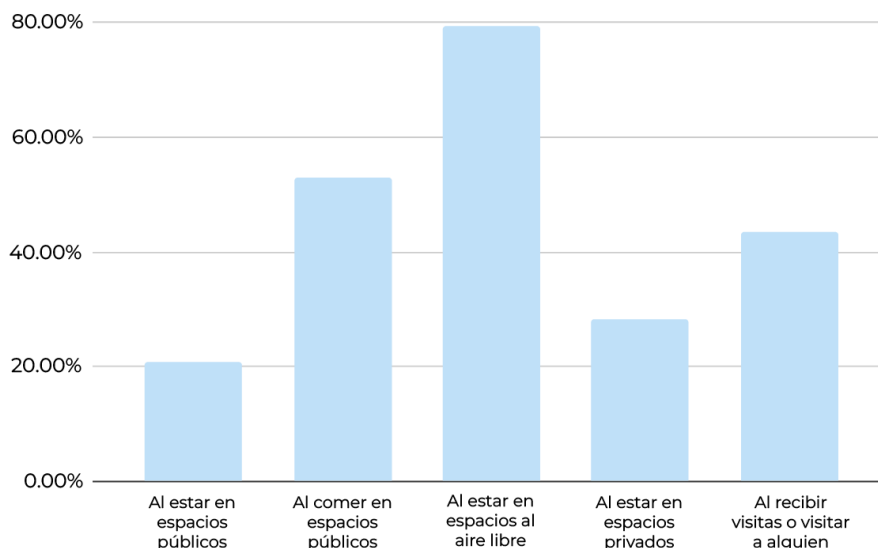
Como podemos notar en los resultados, el uso de las distintas estrategias de cuidado fue distinto antes y después de la declaración de la contingencia, especialmente sobre el uso del cubrebocas, el aislamiento al presentar un padecimiento y el uso de gel antibacterial. Por lo que su inserción dentro de los hábitos de prevención fue representativa para la experiencia general de la contingencia sanitaria, al asimilar estas estrategias como parte de los principales cambios dentro de las prácticas de prevención.

A pesar de la incorporación de distintas medidas de seguridad, es necesario dar cuenta de las condiciones en las que se efectuaba la omisión de una o varias de ellas. Para ello, cómo se muestra en la gráfica 11, se congregó en cinco opciones las condiciones del entorno por las que las y los jóvenes pudieron optar por hacer caso omiso, o no llevar a cabo alguna estrategia de prevención, estas involucran: los espacios públicos, los espacios privados, los espacios al aire libre, al ingerir alimentos en espacios públicos y al recibir visitas o visitar a otras personas.



**Gráfica 11.**  
Condiciones en las que se optó por omitir una o más estrategias de seguridad.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



Cómo parte de los resultados, las principales situaciones en las que las y los estudiantes expresaban no llevar a cabo las medidas de seguridad se centran en la ingesta de alimentos (52.83%) y al estar en espacios al aire libre (79.25%). Mientras que, las demás situaciones dan indicios de que tanto en espacios privados con otras personas, como espacios públicos o al recibir visitas, ellas y ellos optaron por omitir el uso de las medidas de prevención. Además, es conveniente remarcar que este cuestionario fue realizado posterior a la administración del esquema completo de vacunación, por lo que disminuyeron ciertas medidas preventivas, como podemos ver en el testimonio de Bertha, quien refirió haber reducido el uso del cubrebocas, bajo la percepción de que contaba con un estado de salud favorable y la confianza de que no enfermaría de gravedad, ni ellos, ni personas del entorno al estar vacunados.

*Ahora me permito no usar el cubrebocas cuando estoy con alguien que conozco, con una distancia razonable, pero no sigo las medidas como las seguía al inició porque ya tengo mis vacunas, siento cierta seguridad y por ello ya lo reduzco. - Bertha (comunicado personal, 03/02/2022).*

En consonancia con lo anterior, Brisa al compartir las acciones que le hacían sentir segura cuando interactuaba con otras personas, mencionó que para ella era importante saber las

prácticas de cuidado y vacunación de aquellos con los convivía, dado que eso le facilitaba que en determinados momentos pudiera optar por omitir el uso de cubrebocas.

*A veces ando con amigos sin cubrebocas, y no me inquieta porque sé que se cuidan, se vacunan, seguimos usando el cubrebocas. Hasta hay veces que siento raro no andar con él. Y pensar que de cierta forma ya somos inmunes a todo esto, me tranquiliza. - Brisa (comunicado personal, 17/02/2022).*

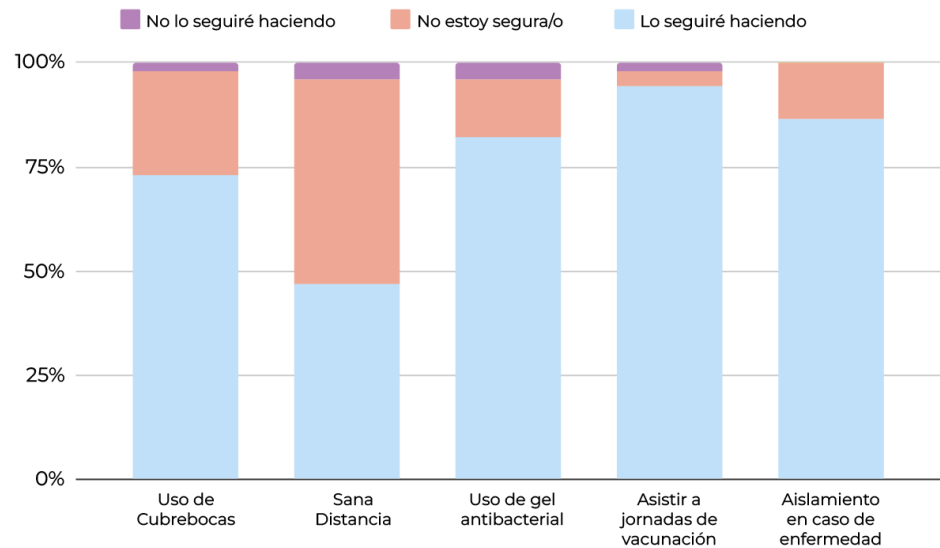
Una consideración importante al hablar de la omisión de las medidas de seguridad reside en las perspectivas a futuro sobre el uso de las distintas medidas de seguridad. Esto surge tomando en cuenta el decremento de casos de COVID-19 y el retorno a actividades con regularidad, saberse capaz de seguir o no las medidas de seguridad puede determinar la experiencia en torno a la salud y la enfermedad. Por lo que retomando lo indicado por Alberto, es importante mantener la constancia sobre el cuidado de la salud con las medidas que se integraron en el periodo de la contingencia sanitaria por COVID, y llevarlo a cabo de forma correcta para que estas surtan efectos, así como reconocerse sujetos con un conocimiento, que les permite decidir qué estrategias continuar y en qué condiciones.

*Considero que las medidas de seguridad fueron un cambio positivo, pero creo que carecen de efectividad si las personas se lo quitan cuando se reúnen y empiezan a convivir, ya entonces no sirve de mucho tenerlos si no son medidas seguidas correctamente, por ejemplo, si una persona es asintomática. A futuro, creo que seguiré usando gel antibacterial y cubrebocas principalmente en el caso de enfermar. Pero medir la temperatura no mucho. - Alberto (comunicado personal, 20/01/2022).*

En adición a esto, en la siguiente gráfica se ven reflejadas las opiniones al cierre del proceso de investigación respecto a la realización de las distintas estrategias de prevención y cuidados principales de la emergencia sanitaria, como el uso de cubrebocas, la sana distancia, el uso de gel antibacterial, la vacunación y finalmente el aislamiento. De modo que las respuestas están congregadas en “lo seguiré haciendo” (azul), “no estoy segura/o” (naranja), “no lo seguiré haciendo” (morado).

**Gráfica 12.**  
Opiniones de uso de las medidas de seguridad, a futuro.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



Como podemos notar en los resultados, existe una certeza marcada respecto al uso de cubrebocas, el uso de gel antibacterial, la vacunación y el aislamiento al momento de enfermar. No obstante, es necesario reconocer que estas posturas fueron emitidas entre los meses de diciembre de 2021 y enero de 2022, por lo que al ser una perspectiva a futuro estas perspectivas pueden variar respecto a la implementación real de las estrategias de seguridad después del mes de marzo del 2022, al poder dejar de ser frecuentes según la disminución de las regulaciones sobre el uso de las mismas estrategias.

### 3.3 Reflexiones finales

Dentro de los procesos que estudia la antropología médica, la prevención conforma un conjunto de saberes inmersos en los estilos de vida de las personas, como estrategias implementadas para disminuir la vulnerabilidad que puede padecer un individuo o la colectividad. De esta forma, la prevención representa un punto clave no sólo para preservar un estado subjetivo de bienestar, sino que, al ser acciones con efectos en la colectividad, es desde esta interacción con otros que se define qué estrategias se adoptan y cómo se establece el acto preventivo.

El uso de cubrebocas, la sanitización y la sana distancia, fueron las estrategias que definieron la experiencia en la contingencia sanitaria por COVID-19. Esto debido a los cambios a los que estuvieron sujetos como formas para disminuir el nivel de vulnerabilidad ante un padecimiento que resultó desconocido, y cuyas afectaciones pudieron llevar a las y los jóvenes a enfrentar un temor por la salud propia o de personas dentro del círculo familiar o próximo, especialmente cuando alguien cercano encajaba con la descripción de algún grupo de riesgo, sea por alguna comorbilidad o por el grupo de edad.

De entre estas medidas de seguridad, el uso de cubrebocas fue un elemento que mayores efectos tuvo en los estilos de vida de las juventudes frente a la emergencia sanitaria por COVID-19. Esto debido a todos los cambios que se efectuaron en torno a este objeto, que pasó de producir la idea de enfermo, hasta su normalización y consideración como un objeto clave para evitar contraer el SARS-CoV-2, u otros padecimientos respiratorios como gripe o influenza. Además de ser un elemento que independientemente de haber recibido un diagnóstico de la COVID-19, como padecimiento, se mantuvo constante en la vida de las y los jóvenes estudiantes. Y es dentro de esta normalización, que se redefinió la presencia o el uso de cubrebocas, incluso como un requerimiento en diversos espacios, como centros de salud, negocios, restaurantes, escuela, que se conservó latente durante todo el periodo, y se puede considerar como un insumo básico de cuidado a la salud propia y de otros.

Entender estas estrategias de prevención, desde su concepción como prácticas como efecto y su reflejo en las representaciones sociales, nos permite analizar las interrelaciones entre los objetos, el acto, los distintos actores sociales que intervienen y las percepciones que involucra el uso, el cambio y las transformaciones que cada estrategia puede ocasionar en la experiencia de las y los jóvenes durante un fenómeno epidemiológico como la COVID-19. Esto involucra entender que la prevención se vio reflejada y transformada a lo largo del tiempo, en relación con los espacios donde las y los jóvenes universitarios se desarrollaron, y las emociones, ideas y conocimientos que intervienen en la implementación de cada medida de seguridad mencionada.

En cambio, acciones como la vacunación, demuestran que esta dio lugar a cambios significativos en torno a la realización de

las otras estrategias de prevención. Esto porque la vacunación representó una disminución ampliada de los riesgos de “enfermar de gravedad” mas no de enfermar. Por tanto, como estrategia de reducción de daños la vacunación brindó los medios simbólicos y significativos para permitir la reducción del uso de ciertas medidas de seguridad al haber una mayor confianza sobre la seguridad de quien se vacunó y las personas que habitan con él/ella.

Un aspecto relevante a considerar, al analizar la prevención, es la forma en que las y los jóvenes afrontan el dilema entre mantener las medidas de protección y retomar la normalidad, en un contexto marcado por las narrativas conspirativas frente a los mensajes de las autoridades y de instituciones como la universidad. Donde la información y el acceso a esta puede configurar o afectar las actitudes y conductas frente a un fenómeno.

Enfatizar en el desarrollo de las estrategias de prevención durante los primeros dos años de emergencia sanitaria por COVID-19, nos permite detectar los cambios que puede significar una situación de vulnerabilidad o riesgo ante un padecimiento, un malestar o una enfermedad. Por lo que, prevenir desde la acción individual con miras a la preservación de un estado de bienestar en salud, también puede poseer repercusiones desde y hacia lo colectivo. Es decir, procurar la manutención de las funciones del cuerpo, mediante un conjunto de medidas de seguridad, nos facilita por un lado preservar la salud colectiva, y a su vez nos permite participar de forma activa dentro de la comunidad, tanto al cumplir con el protocolo de seguridad o la noción de salud y cuidados, como al ser un reflejo de la pertenencia dentro de cada grupo, según las prácticas y narrativas que se expresan en torno a las medidas de prevención.



# Capítulo 4:

## Cambios y transformaciones en Salud, Enfermedad y Atención.

*La construcción personal y social del padecimiento no es algo estático ni necesariamente definitivo, sino un proceso dinámico y maleable, en el cual el sujeto enfrenta ambigüedades e incertidumbres, y negocia consigo mismo y con los demás su identidad como persona.*

- Browe (s.f., citado en Mínguez Arias, 2000, p. 102)

### 4.1 Introducción

Al largo de la emergencia sanitaria las prácticas y representaciones sociales en torno a la salud, estuvieron sujetas a cambios constantes, de redefinición, aceptación, adopción y adaptación a las condiciones que habitaron las juventudes durante los dos primeros años del fenómeno. Para entender lo que esto implica dentro de los PSEA, es necesario entender el modo en que se configuraron las prácticas y las representaciones sociales, en torno a la salud y la enfermedad, considerando que la salud puede verse afectada con relación a una multiplicidad de factores.

Por tanto, al referir a los procesos de salud/enfermedad y atención no se hace hincapié únicamente en la COVID-19 como fenómeno pandémico, sino que se abordan los cuidados en una corriente más integral de la salud, dado que durante los dos años de contingencia sanitaria hubo otras afecciones que permiten considerarlo como un fenómeno sindémico. De acuerdo con de Almeida-Filho, la sindemia es entendida como la “coocurrencia de procesos epidémicos, representativa para entender enfermedades emergentes con grandes componentes conductuales y culturales” (2021, pp. 2-3). Dicho esto, es importante reconocer que las y los jóvenes ejecutaron cierto tipo de prácticas para paliar los afectos que pudieran padecer o enfrentar, a partir de tres temas centrales: la COVID-19, la infodemia, y la preservación de la salud visto desde una perspectiva integral.

Primero respecto las transformaciones sobre las ideas de salud y enfermedades, es necesario entender los medios y las redes por las que las juventudes se informaban sobre salud y enfermedad, esto bajo el entendido que, por el confinamiento voluntario en hogares, la relación directa con profesionistas de la salud pudo verse mermada. Dentro de estos procesos la infodemia, es definida por la OMS como la difusión desmedida de información de todo tipo, incluyendo rumores, chismes e información poco confiable ([2018], citado en Arroyo-Sánchez, 2020) y el modo en el que las y los jóvenes gestionaron los distintos medios para informarse sobre salud, tratamientos terapéuticos, atención y prevención en torno a la COVID-19, y algún otro padecimiento o malestar que presentaron.

Respecto a la atención al COVID-19, enfatizo en la forma que las y los estudiantes que participaron en la investigación habitaron el padecimiento desde el proceso para adquirir un diagnóstico, pasando por las estrategias de autocuidados, las nociones sobre el aislamiento en el hogar y la rehabilitación en tanto que el padecer COVID-19 dejó ciertas afectaciones en el funcionamiento del cuerpo y en las dinámicas de interrelación social.

Finalmente, concluyo con un congegado de las estrategias centrales para cuidar la salud física y mental, implementadas por las y los jóvenes con la finalidad de atender determinados malestares o prevenirlos. Al dar cuenta de estas estrategias no doy nombre a los posibles padecimientos que pudieron padecer las y los estudiantes, dado que el foco de atención reside en describir los procesos de negociación, negación, y adaptabilidad que atravesaron para poder ejecutar cuatro estrategias de cuidado individual y la atención colectiva: el deporte, el ocio, el descanso, y el acompañamiento.



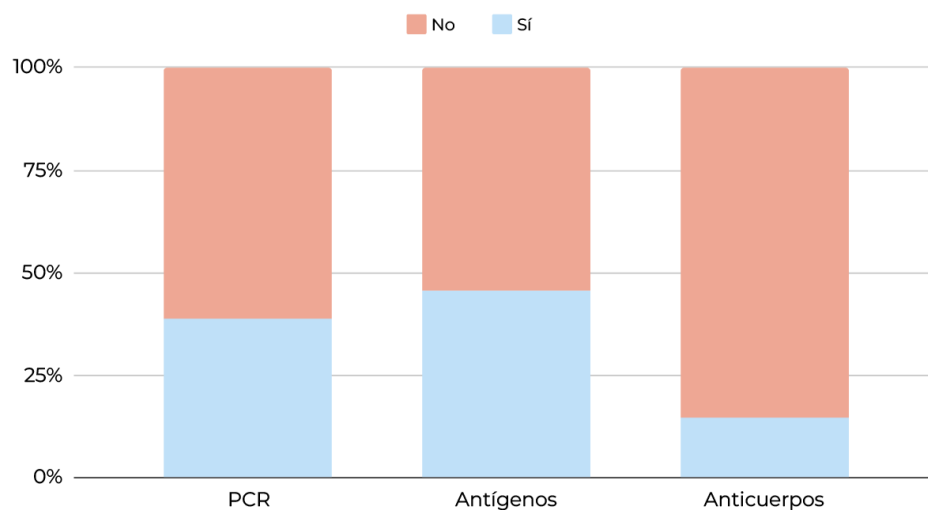
## 4.2 Aprendizajes en torno a la salud y la enfermedad.

La salud como concepto refiere al “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Ley General de Salud, 2020). La salud es considerada como un asunto central en distintos encuentros de nivel internacional, como lo es la agenda 2030 en la que se promueve e incita a los distintos Estado-nación la garantía de una vida sana y el bienestar en todas las edades (CEPAL - Naciones Unidas, s.f.).

La investigación sobre la salud y las enfermedades se ha enfocado principalmente en el desarrollo de explicaciones en el ámbito biomolecular, refiriendo al funcionamiento etiológico de los padecimientos y los efectos que ocasiona en el cuerpo (de Almeida-Filho, 2021). En cambio, algunos autores indican que cualquier enfermedad o expresión de malestar cohabitan contenidos sociales, económicos, políticos, estéticos o morales que son algo más que categorías culturales o representaciones, pues suponen formas de praxis y condiciones materiales de existencia. (de Almeida-Filho, 2021; Martínez, 2011). Por lo que la forma de entender las enfermedades, y detectarlas principalmente, tiene su origen en las variaciones sobre los sentires de un individuo sobre el funcionamiento de su propio cuerpo, o las percepciones desde lo colectivo respecto la presencia de anomalías en el comportamiento de algún integrante. Es por esto por lo que la enfermedad no debe entenderse exclusivamente como un proceso fisiopatológico y sus síntomas como una manifestación directa de una disfunción, sino más bien como un conjunto de significados (Martínez, 2011).

Dada esta situación, es importante entender que gran parte de la experiencia en torno a lo que refirió contraer el virus del SARS-CoV-2 o enfermar de COVID-19, las y los jóvenes comenzaron sus procesos de definición de malestares a partir de la presencia de síntomas y signos característicos de la COVID-19, tales como: fiebre, dolor, problemas respiratorios, tos u otros. Por lo que mayormente, la búsqueda de un diagnóstico comenzó con un cuadro sintomático que coincidía con la información que circulaba en medios, sobre el virus y lo que causa en el cuerpo.

Consecuente a la presencia de síntomas, ellas y ellos, en conjunto con sus familiares, se veían inclinados a distintas alternativas para tratar el padecimiento durante el confinamiento: por un lado, podían optar por llevar a cabo la confirmación del diagnóstico, centrada principalmente en la realización de pruebas de detección, fuese de PCR, antígenos o anticuerpos. Sobre esto, en la siguiente gráfica se muestra la distribución sobre las pruebas que llevaron a cabo las y los jóvenes para confirmar o descartar los contagios, en relación con los tipos de pruebas disponibles.



**Gráfica 13.**  
*Realización de pruebas para diagnóstico de COVID, según el tipo.*

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

Como podemos notar en la gráfica 13, la realización de pruebas para detectar un contagio no fue una estrategia efectuada por gran parte de las juventudes que participaron en el estudio. Pero, las que fueron llevadas a cabo con mayor frecuencia fueron las de PCR y Antígenos. Estas tenían las facilidades de detectar o confirmar el padecimiento en los primeros días de contagio. Sin embargo, estas pruebas solían presentar ciertas limitaciones, sobre costos, efectividad de detección ante nuevas variantes, y confiabilidad. Como ejemplo de ello, Natalia comentó en una entrevista, que en su casa quien hizo la prueba fue su abuela, al ser la persona que más se exponía y cuya vulnerabilidad por otras morbilidades comprometía el estado de salud propio o de otras personas en la unidad habitacional. Además, narra que existían limitaciones para que los demás integrantes de su familia hicieran la prueba por condiciones como el costo que esta tenía.

*Durante el tiempo que estuvo aquí [mi abuelita] ella no salía, pero los demás sí. Entonces en una de esas, ella empezó a presentar síntomas, y la llevó al médico. Él recomendó hacernos la prueba, pero el resto solo asumimos el resultado. A pesar del resultado de mi abuelita, tomamos precauciones, y evitamos salir durante dos o tres semanas. La primera vez que se hizo la prueba sí fue muy preocupante, y surgió la inquietud de que le recriminaran a mi mamá [...] que no se quedara en el rancho. Entonces cuando le hicieron los resultados le inquietaba que le recriminaran [sus tíos a su mamá]. - Natalia (comunicado personal, 22/05/2021).*

De esta forma, podemos distinguir que la realización de la prueba involucraba un temor, debido a la cercanía que se expresaba a enfermar de gravedad, o incluso la muerte, cuando contagiaba de COVID-19 alguien dentro de las poblaciones de riesgo. Así mismo, tal como en el caso de Natalia, por razones de costos, otros jóvenes también llegaron a asumir el diagnóstico, a partir de los resultados de otra persona con la que se tuvo contacto, que podía ser algún familiar en la misma unidad doméstica, o bien como en el caso de Israel, tomó lugar a través del reconocimiento del diagnóstico en otra persona con la que tuvo contacto:

*La detección fue de una forma indirecta, porque besé a una chica. Ella después se realizó la prueba y me avisó el resultado de COVID, pero aun así no me realicé la prueba ni antes ni después. - Israel (comunicado personal, 16/03/2022).*

En un tercer caso, las y los jóvenes y sus familiares, llevaban a cabo un autodiagnóstico, por lo que podían no recurrir necesariamente a las pruebas, o al desconfiar de los resultados de estas, recurrían a un conocimiento popular sobre el padecimiento, en el que relacionaban sus cuadros sintomáticos con la información que circulaba en medios informativos .

Mientras, que conocer el diagnóstico podía implicar ciertos temores, como relata Damián, que están vinculados con las ideas sobre el padecimiento, principalmente sobre las afectaciones o la gravedad que la enfermedad pudiera ocasionarles, especialmente cuando vivían con alguien que formaba parte del grupo de riesgo, o ellos mismos presentaban alguna enfermedad.

*Al principio me preocupó presentar complicaciones, pero me digo: "soy una persona sana, me alimento, me cuido", chance no tengo ninguna complicación. Pero si me daba miedo, que estando solo me asfixiara o algo así. - Damián (comunicado personal, 24/03/2022).*

Como parte del testimonio de Natalia, otro aspecto que afectaba la forma en que ella entendía la enfermedad, además de la posible acusación que tenían de sus familiares, era la información que circulaba a través de las tecnologías de la información y comunicación. Esto debido a los discursos en ocasiones catastrofistas sobre las afectaciones que tenía la enfermedad sobre personas mayores de 60 años.

*Aparte de todo lo que dicen, como las noticias, que indicaban que sí algunos se mueren, pero sólo los viejitos, como si eso fuera un alivio, o así los presentaban antes. - Natalia (comunicado personal, 22/05/2021).*

Esto trae a discusión el papel que tuvieron las TIC para la difusión de discursos sobre prácticas y representaciones sociales en torno a la enfermedad de la COVID-19 u otros padecimientos, así como la promoción de las estrategias y medidas de prevención y atención a la salud como el uso de cubrebocas o la vacunación, a través de medios de comunicación masivos tradicionales, como la televisión, radio, periódicos, o por medios digitales, tales como las redes sociales, los sitios web. Martha, por ejemplo, relató que en su familia preferían atenderse directamente con el médico, pero como se puede notar, uno de los principales medios para reconocer un posible padecimiento, también era a través del uso de Internet.

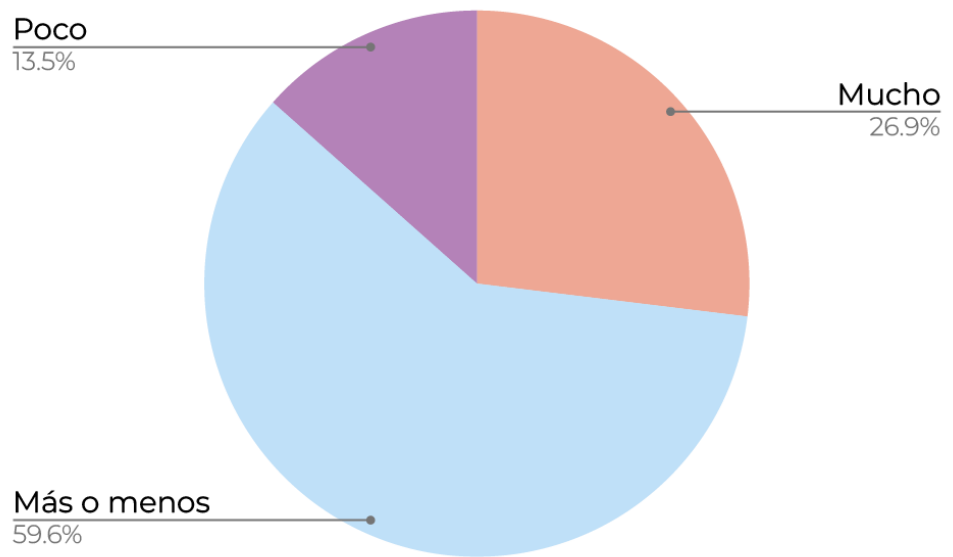
*Solamente con mi médico [buscamos atendernos]. Pues es el que te analiza, que checa que estés bien o si hace falta algo, o manda a hacer estudios y demás. Ya a menos que yo vea algo que no me cuadra pues ya lo investigo por otra parte. O sea, me siento así y busco en internet sintomatología o algo así. Pero de ahí en fuera solo es con el médico. - Martha (comunicado personal, 23/02/2022).*

El acceso, la interpretación y el uso de información disponible dentro de los medios de comunicación masivos, representó un fenómeno que podía desembocar en distintos resultados en la vida de los usuarios de estos espacios virtuales para el aprendizaje sobre salud y enfermedad, permitiendo consolidar conocimientos populares; la creencia en información falsa o conspirativa; y la implementación de estrategias para establecer la confiabilidad en la información recibida. Por tanto, es importante poner en la balanza el uso, la dependencia y la confianza sobre los medios de comunicación en relación con la construcción de saberes y la definición de las formas de atención, adopción o adaptación de

las estrategias terapéuticas. Atender el padecer de COVID-19 así como otros padecimientos dependió de la información que se disponía y accedía en un contexto de confinamiento, en el que la búsqueda de atención profesional era obstruida por la idea de quedarse en casa. En la siguiente gráfica, podemos ver la distribución de respuestas de las y los jóvenes universitarios, en torno a cuán informados se consideraban en torno a su propio estado de salud. Esto, distribuido en marcadores como “mucho”, “más o menos” y “poco”.

**Gráfica 14.**  
*Consideraciones subjetivas sobre cuán informados se consideraban las juventudes universitarias respecto a la salud propia.*

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



Como podemos notar, las y los estudiantes universitarios no se percibían especialmente informados sobre su propio estado de salud. Esto debido a que, en algunos casos, se basaban principalmente en la detección de anomalías sobre su propio cuerpo, el cual podían someter únicamente a una autoexploración de acuerdo con sus conocimientos en salud.

En consonancia a este tipo de situaciones, Nieves-Cuervo *et al.* (2021) demostraron la relación entre el uso de las redes sociales como espacios para informarse sobre el padecimiento, como una forma de poder determinar un prediagnóstico en algunos casos, la mortalidad y otras informaciones que eran difundidas durante la contingencia sanitaria, pero sin haber un reconocimiento claro respecto a las noticias falsas que se difundieron por diversos

medios. Considero que es importante enfatizar en el papel de las redes sociales y los medios de comunicación, como espacios en los que la población se informó sobre el padecimiento, la adopción y adaptación de modos de vida.

#### 4.2.1 Infodemia

La infodemia es entendida como la rápida difusión de información de todo tipo, incluido rumores, chismes e información poco confiable; la que se propaga de manera instantánea e internacional (Arroyo-Sánchez *et al.*, 2020; Almeida-Filho, 2021). Esto comprende la búsqueda de información en salud en distintos formatos a través de medios de comunicación tradicionales o digitales. Por tanto, los usuarios en condiciones de accesibilidad a estos flujos informativos pueden usar esta información para intentar dar sentido a un fenómeno como la emergencia sanitaria por COVID-19 incluyendo: mensajes emitidos por entidades oficiales, noticias falsas, discursos catastrofistas, rumores, o incluso datos respecto a cuidados y tratamientos para tratar síntomas. Además, de ser un fenómeno que tuvo lugar en un contexto en que el uso de las redes sociales, así como los medios de comunicación virtuales fue en aumento (Martínez Garza y González Treviño, 2021), sirviendo para la extensión y viralización de ideas, donde el pánico sobre una enfermedad que fue catalogada como “mortal sin cura” (Hackeo Cultural, 2020).

No obstante, la posibilidad de encontrar contradicciones entre mensajes oficiales, o con la información difundida por las distintas TIC, comenzaron a representar un riesgo en la salud pública; sea por la difusión de rumores, o por la propagación del miedo y el pánico. Aspectos que generaron tasas de infección y mortalidad aún más elevadas, el desuso de estrategias de cuidado y supuestas estrategias de atención incluso peligrosas (Acosta & Iglesias, 2020). Considerando especialmente que los datos que fluyen en redes no son regulados y los usuarios, no siempre cuentan con los medios para gestionar y filtrar la información que reciben (Arroyo-Sánchez *et al.*, 2020; Nieves *et al.*, 2021). Estos fenómenos ocurren dentro de las TIC gracias a la comunicación en red, la cual es posible por el uso de electrónicos y las redes digitales y móviles, e integra medios tradicionales como la televisión, el radio, o espacios más complejos como las redes sociales y los sitios web (Arroyo-Sánchez *et al.*, 2020; Rueda Ortiz, 2008).

A través de estos medios de comunicación masiva fueron transmitidas distintas consignas relacionadas con la emergencia del fenómeno, especialmente aquellas constituidas con la finalidad de organizar a la población y un conjunto de actos para mitigar y/o reducir los riesgos de contagio por el síndrome agudo respiratorio severo (SARS-CoV-2 o COVID-19). Entre dichas consignas podemos ubicar como ejemplo los mensajes “quédate en casa” o “mantén sana distancia” como parte del aislamiento entre unas personas y otras. Consignas que tomaron presencia en la discusión pública desde la declaración de la contingencia sanitaria en México el 29 de febrero del 2020, pero que tomaron aún mayor peso con el decreto del confinamiento obligatorio después del 19 de marzo del mismo año.

Por ejemplo, dentro de los flujos de información poco verídica, respecto la etiología o el origen del SARS-CoV-2, se mencionaron las siguientes teorías: que la pandemia por COVID-19 es causada por la tecnología móvil 5G; que la causa de la pandemia es una bacteria o que se originó en un laboratorio o por influencia humana; también se le adjudicó la creación a personalidades reconocidas a nivel mundial como Bill Gates; o incluso que su propósito es ser un arma biológica, en un momento en contra de China, y en otro en contra de los países de Occidente o Estados Unidos de América (Acosta & Iglesias, 2020).

Este fenómeno de la infodemia incidió desde la toma de decisiones sobre los tratamientos dificultando los procesos de atención médica, tanto por la implementación de medidas no recomendadas para la curación como promoviendo la desconfianza de los sistemas de atención a la salud, desde los servicios hospitalarios hasta la vacunación y otras medidas de cuidado y prevención frente la COVID-19. Respecto con los procesos curativos, algunos tratamientos eran: la realización de gárgaras; los tratamientos por calor como el uso de vapores que acaban con el virus; la mezcla de aspirinas con limón y miel para curar la enfermedad; el comer ajo para prevenir el contagio. También se difundió información de que la causa de muerte real en torno al COVID-19 era la trombosis y no la neumonía. Mientras que en relación con la transmisión del virus se comentó que este era transmitido por aire, o que lo transmitían los mosquitos (Acosta & Iglesias, 2020).

Este tipo de desinformación derivó en acontecimientos perjudiciales para la salud física y mental. Por otra parte, estudios señalan que aumentó la estigmatización, la xenofobia y el racismo hacia las personas con rasgos asiáticos, como los ojos rasgados, al atribuir la enfermedad como un problema originado por la nación de China, o bien reproduciendo información errónea, respecto a los mitos, rumores y teorías “conspiratorias” que desembocaron en reducir la eficacia de la implementación de medidas para controlar la pandemia de COVID-19 (de Almeida-Filho, 2021). Esto debido a que, durante la difusión de estos mensajes contradictorios, la polarización en los discursos toma forma potenciando el conflicto, la violencia y en casos viola los derechos humanos y la cohesión social (Arroyo-Sánchez *et al.*, 2020, p. 232).

En respuesta a la infodemia, diversos autores señalan que su manejo y control puede darse de forma similar que con otras epidemias. Esto es mediante el monitoreo y la identificación de la infodemia, su análisis y la adopción de medidas de control y mitigación; mientras que para mitigar los efectos o la difusión de mensajes falsos, está centralmente la emisión de mensajes claros y prácticos, e involucra contenidos sobre; guías de filtración y verificación de la información; promoción de sitios web oficiales de organizaciones de salud; y una comunicación apropiada sobre los riesgos (Cruzado Vallejos *et al.*, 2020; Arroyo-Sánchez *et al.*, 2020; de Almeida-Filho, 2021, Llano Guibarra y Aguila Sánchez, 2020).

Es decir, para dar solución al conflicto de la infodemia, se sugiere la emisión de mensajes claros y prácticos, lo que refiere principalmente a la forma comunicativa clara y consistente con el lenguaje coloquial, evitando el uso de léxico o jerga especializada permitiendo que las personas puedan asimilar con facilidad los mensajes. Además, en lo que refiere a la presentación de la información se sugiere integrar viñetas cortas y compartibles para favorecer la difusión de la información, en complemento también con fotografías, videos, audios, subtítulos, de forma que se constituyan como videos educativos e instructivos que resulten atractivos al público.

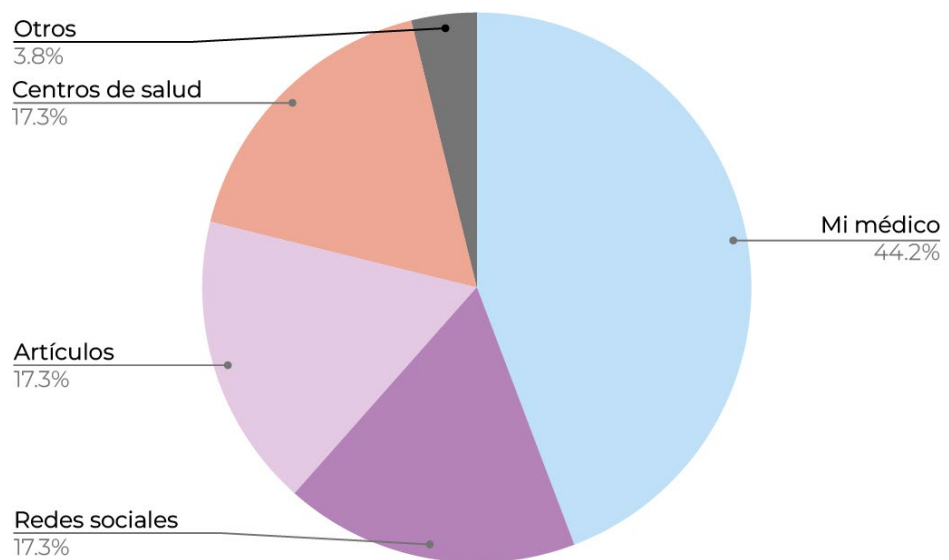
La cuestión de la infodemia es retomada debido a que, a lo largo de la contingencia sanitaria, al procurar información sobre COVID-19 o alguna otra patología física o padecimiento mental,



las y los jóvenes recurrieron a distintas redes y espacios para informarse respecto a su propia salud, sentires y malestares. Para llevarlo a cabo, las y los estudiantes universitarios al tener la mayor parte de sus actividades en la modalidad virtual, podían acceder con facilidad a los buscadores por internet, y desde ahí, contrastar la información que recibían desde esos medios, con sus propios saberes o con profesionistas de la salud.

Un primer ejemplo de esta situación, ante la COVID-19, fue la estrategia Mexicana durante las mañaneras dirigidas por López Gatel, quien pretendió dar información día con día en relación al padecimiento, síntomas, situación hospitalaria y de contagios, prevención, y otros tipos de datos relevantes para responder a la emergencia sanitaria, consistiendo en una fuente de información primaria para entender y comprender el virus así como las políticas que emergieron para atender a la población, como la Reconversión Hospitalaria (Gobierno de México, 2020a).

Al informarse sobre salud y enfermedad, las y los jóvenes podían interactuar con la información oficial, con su médico de cabecera, las redes sociales, artículos científicos, centros de salud, redes o experiencias familiares, noticias y comunicados. De esta forma, en la siguiente gráfica podemos ver un congregate sobre los principales medios para conocer sobre el COVID-19 por las y los jóvenes que participaron en el cuestionario.



**Gráfica 15.**  
*Personas, recursos o redes para la información en salud.*

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

## 4.3 Procesos efectuados para cuidar y atender durante el contagio

Dentro de las principales estrategias que se implementaron durante el periodo en que se padeció COVID-19, además de reforzar las estrategias de cuidado preventivo a la salud, las y los jóvenes incluyeron otras estrategias de autocuidado para paliar los efectos del padecimiento o tratar los síntomas que presentaron, tales como: la ingesta de medicamentos recetados por un profesional de la salud, la ingesta de vitaminas, el confinamiento en hogar o recámara, así como el uso de tratamientos alternativos. Como ejemplo de esta multiplicidad de estrategias de cuidados, Ana relató lo siguiente:

*Mi preocupación principal era no contagiar a otros, no tanto la forma en que pasara el periodo. Así que yo y mi hermano tratamos de seguir las recomendaciones del médico sobre los medicamentos, evitando los cambios bruscos de temperatura, tomar vitamina C, un día sí y uno no. Comíamos comida saludable y tomamos un tratamiento recomendado por su madre “para no hacerla sentir mal”, para la inmunización. No enfriarse para no agravar la situación, no salir. - Ana (comunicado personal, 03/02/2022).*

La atención médica, se procuró que fuera dada principalmente por los profesionistas del modelo biomédico, debido a que la información en relación con el COVID-19 correspondía exactamente a la explicación de la patología a partir de sus características moleculares y físicas, aspectos que caracterizan la investigación y definición de los padecimientos desde estos enfoques. Esto también propició el establecimiento de terapias de curación desde los estándares biomédicos, que es la prescripción médica para disminuir los síntomas y ofrecer solución a los problemas de salud. Debido a esto, las y los jóvenes estudiantes procuraron la atención por algún médico de cabecera o cercano, quien prescribió algún tratamiento como la ingesta de vitamina C, o medicamentos para atender la fiebre o el dolor. Como ejemplo de estas situaciones, Alberto y Sam relataron lo siguiente, siendo estos dos testimonios sobre el seguimiento a las recomendaciones médicas profesionales y la integración de estrategias en la unidad doméstica.

*Enfermé hace unos dos meses, así que hice mi despensa extrema, compré lo suficiente para comer dos semanas sin salir de casa. Además, fui con el médico de la escuela, para que me recetara o dijera qué debía tomar, así procuré tomar mis medicamentos a las horas exactas y estuve monitoreando mi temperatura y mi nivel de oxígeno, también procuré ventilar la casa y dormir lo necesario. Y reportar cualquier síntoma. Al menos esto fue lo que planeé hacer- Alberto (Comunicado personal, 20/01/2022).*

*Tomar suplementos, como la vitamina B o C, para tener un buen funcionamiento. o tener buenos alimentos. Siento que lo que me falla es los alimentos porque a veces me alimento un poco mal, y que eso me puede afectar en la mente de que me siento muy caótico o muy atiborrado de muchos pensamientos. Y creo que nunca, pero es muy importante, el salir. Casi no salimos para cosas que no sean importantes, por ejemplo, decir, vamos al cine, que es importante para despejarnos. Pero también sabes que es importante no salir cada semana y cosas así y que puede hacerte daño por el COVID u otras enfermedades. - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).*

Así mismo, dentro de la atención médica, es necesario entender que, durante el tratamiento, pueden existir ciertas precauciones sobre la ingesta de medicamentos si estos no son prescritos por un profesional en el área. Sam indicó algunas consideraciones que suele establecer él y su familia cuando alguien padece algún malestar, y la forma en que esto los lleva a la búsqueda de atención médica y la relación con los tratamientos farmacéuticos que establecen.

*Y también un punto importante que a veces no cumplimos, pero deberíamos, sería ir al médico cada vez que nos sintamos mal de salud. Ya sea, por ejemplo, una gripa o similar si nos esperamos a ver si se nos baja un poco, pero ya cuando es más difícil que se vaya sin un medicamento genérico es cuando vayas al médico. Creo que esos son los principios que tenemos, y que también hay que ser empáticos con nosotros, pero también de cuidar a la otra gente. Y ser responsables con nosotros de no automedicarnos y esas cosas. - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).*

En cambio, dentro del tratamiento del padecer la enfermedad, también se hicieron presentes otras estrategias tradicionales o populares. Esto involucró medidas que con anterioridad habían ofrecido resultados dentro de lo que es la atención tradicional, como la inhalación de algunos vapores, el uso de pomadas y la ingesta de distintas infusiones. No obstante, la ejecución de estas

medidas era una constante usada cuando la sintomatología era reducida tanto en gravedad como en duración, y su implementación dependía mayormente de los conocimientos adquiridos por los grupos familiares y por las y los jóvenes. O ser parte de un tratamiento prescrito por un profesionalista en la medicina tradicional, como comenta Dante a continuación:

*Tengo contacto directo con mi médico de cabecera, porque no tengo un médico como tal que me recete pastillas. Si no que es con estos que cubren la medicina que trabaja la medicina tradicional, como lo son plantas, chochos y tratar de confiar en la palabra de mi doctor. - Dante (comunicado personal, 22/03/2022).*

De esta forma, la atención médica en torno a la COVID-19, frecuentemente se redujo a estrategias a implementar en la unidad habitacional, de forma que aún si no representó un reflejo de un conocimiento profesional en el área, implicó un conocimiento *popular*, donde la población puede intervenir para preservar un estado de salud favorable. Como ejemplo de esto, Carlos mencionó que, durante un periodo de incertidumbre sobre los métodos eficaces para brindar algún tratamiento a los malestares, en su casa lo hacen a partir del conocimiento previamente adquirido sobre procedimientos farmacológicos, efectuando lo que se conoce como la “automedicación”, así como un proceso de observación de los síntomas, en el que, si estos no disminuyen o se conservan en periodos largos, es entonces que recurren a la atención médica.

*Incluso en salud, si tenemos malestares procuramos alguna visita al médico o si no se dispone tenemos, cada quien, un pequeño cajón con medicamentos o cosas que se ofrezcan para el momento. Esto, casi siempre lo hemos tenido, pero al estar todos, quién más se enferma es uno de mis hermanos que ha enfermado 3 veces de COVID, pero siente síntomas menores. Pero debido a ello, nos hemos previsto con insumos de limpieza, desinfección, algún tempra para la temperatura alta, y cuando estamos mejor de la temperatura corporal, hacernos la prueba y ahora si ir al médico para que nos recete algún medicamento. - Carlos (Comunicado personal, 04/03/2022).*

De esta forma, es importante destacar que las estrategias de curación y atención no emergieron únicamente bajo la indicación de curanderos y/o médicos profesionales, sino que con la COVID-19 y su desconocimiento, las y los jóvenes, en conjunto con sus

familias efectuaron procesos de autoatención. La autoatención, de acuerdo con Menéndez (2009), es un conjunto de representaciones y prácticas sociales que son utilizadas por los sujetos y sus grupos sociales para diagnosticar, atender, controlar y aliviar los procesos que afectan la salud, sin recurrir necesariamente a procesos de atención profesional. Encontrando procesos de automedicación farmacológica, tradicional y alternativa.

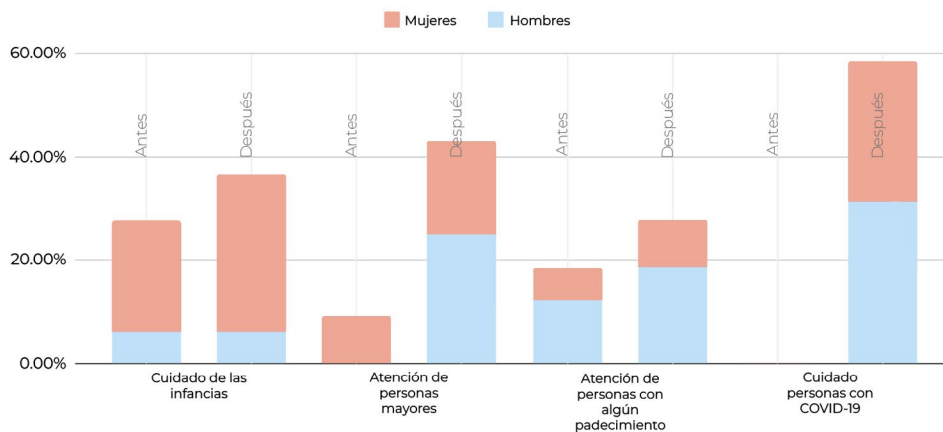
### **4.3.1 La autoatención en el entorno familiar**

La familia representó para algunas y algunos de los estudiantes que participaron en la investigación el centro de articulación de sus redes de apoyo. Esto dado a que a lo largo de la emergencia sanitaria fue dentro de este grupo que los recursos para el sostén de la salud fueron distribuidos acorde a las necesidades, y se implementaron las estrategias de mitigación de efectos por la infección, involucrando por tanto estrategias de cuidados desde lo individual y la conjunción de saberes para la atención del otro. Esto implicó, por tanto, la procuración hacia los insumos y bienes materiales e inmateriales, necesarios para llevar a cabo la reproducción de la vida como lo son los alimentos, los artículos de limpieza, el dinero, el pago de servicios, y la implementación de estrategias de autoatención, refiriendo al conjunto de saberes del grupo social en torno a la salud y la consiguiente implementación de estos conocimientos para sanar.

Con lo anterior no indico que no se establecieron relaciones similares con las amistades, o las relaciones al interior de la escuela o el trabajo de las y los estudiantes universitarios cuando se reiniciaron las actividades presenciales, sino que fue en el entorno familiar, donde las y los jóvenes junto con otras personas sintetizaron, reconstruyeron y organizaron los saberes y las formas de atención en torno a la autoatención. Siendo esta la práctica más frecuentada para solventar y dar solución a las problemáticas que se presentaron al padecer COVID-19, o algún padecimiento secundario.

En la gráfica 16, podemos apreciar la participación en torno a la atención y los cuidados en relación con cuatro categorías de la persona cuidada: el cuidado de las infancias; la atención a personas mayores; la atención a personas que padecieran alguna comorbilidad; y la atención a otros cuando estos enfermaban de

COVID-19. Información distribuida según el género de las y los estudiantes: en azul los hombres y en morado las mujeres. En cada categoría se presentan dos columnas, siendo estos sobre la participación antes de la emergencia sanitaria, y durante este mismo fenómeno.



**Gráfica 16.**

*Participación en actividades de cuidado y atención, antes y durante la contingencia sanitaria, por género.*

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

Podemos notar que la participación en la atención de alguien en cualquiera de las categorías mencionadas ha sido primordialmente una tarea asignada a las mujeres, al ser quienes presentaron una mayor participación en la realización de las distintas actividades de cuidados y atención, con anterioridad a la emergencia sanitaria, además de mostrar un incremento de casos más pronunciado, durante la contingencia sanitaria. Mientras que la participación de los hombres, si bien es destacable en torno a las distintas actividades, su incremento indica principalmente una necesidad dentro de la unidad habitacional, pero no representa un nivel mayor a la participación femenina en ningún caso. Esto puede tener repercusiones en la salud física y mental de las mujeres, especialmente cuando las personas a quienes cuidaban enfermaron de gravedad en algún momento. Como en el caso de Martha quien mencionó lo siguiente:

*Sí. Primero que nada, mi salud, la de mi familia, mis papás se pusieron muy mal casi a punto de estar entubados. No lo estuvieron, pero sí a punto de. Y por parte mía fue un asunto muy emocional. Sobre todo, fue muy mental. O sea, el COVID es una enfermedad muy mental, es decir que es una enfermedad que aparte de afectar físicamente te agota mentalmente.*

*Entonces esa parte en la cual no puedo expresar, me siento mal o estoy mal porque tenía más personas mal ahí en mi casa. Era lo que más me preocupaba, el bienestar de los demás en mi casa. Eso, por una parte, y otra parte también de la escuela. Que me empecé a retrasar con la escuela. - Martha (comunicado personal, 23/02/2022).*

Dentro de los testimonios de las y los jóvenes, se mencionan distintas prácticas implementadas durante el confinamiento y el aislamiento social, para atender a otros y apoyar en los procesos por los que pasan. Por un lado, encontramos actos vinculados de forma directa con el acompañamiento, el cual, dentro de las condiciones tecnológicas actuales, sobre el uso del Internet y sus aportes en la comunicación en tiempo real, aporta herramientas para procurar a otra persona y aportar en sus necesidades, sin propiciar la exposición al contagio de una o más personas. Además, en cuanto se autorizó una disminución en la rigidez de las medidas de sanidad, en espacios públicos, como la admisión de más de un familiar en los centros comerciales u otros espacios, empezó a haber una iniciativa de acompañamiento por parte de más de un habitante de la casa durante la realización de tareas fuera de la unidad doméstica. Por ejemplo, la compra de los víveres, aspecto que promovió la salida del hogar en jóvenes como estrategia para disminuir sus nociones de soledad y distancia, así como el estrés originado ante la idea de un “encierro”.

### **4.3.2 El aislamiento durante el contagio**

Aunado a las estrategias de autocuidado, el aislamiento en el hogar representó una estrategia de cuidado preventivo y cuando la familia compartió un diagnóstico positivo en COVID. Esto pudo presentarse en dos modos: por un lado, si sólo una persona padecía COVID-19, era la única que llevaba a cabo el aislamiento en su habitación y se veía limitada en las actividades dentro del hogar. En cambio, si el padecimiento era compartido entre los miembros de la vivienda, el aislamiento pasaba a formar parte del tratamiento habitual del grupo, de forma que las actividades sólo se limitaron a ser distribuidas entre los habitantes, pero implicando menor tiempo compartido, además de incrementar los cuidados hacia el exterior de la unidad doméstica.

Las actividades dentro de las viviendas estuvieron organizadas alrededor del padecimiento de forma individual o por el conjunto, permitiendo, con una detección oportuna, llevar al aislamiento de una sola persona sin comprometer en casos la salud del grupo. La asignación de las tareas se centró en la limpieza e higiene, y solían ser encargadas a las personas cuyos malestares por el padecimiento fueran más leves, o que no presentaran comorbilidades importantes.

De este modo, como relató Valeria, una de las principales características de un aislamiento individual, involucraba actos como dejar los alimentos en la puerta de la habitación y la posterior desinfección únicamente de la losa utilizada con una solución con cloro; además que, si las condiciones de la vivienda lo permitían, limitar el uso de un solo sanitario a esta persona.

*Me quedé aislada una semana y media en mi cuarto, y me llevaba comida con cubrebocas las dos, y limpiaba lo que usaba con cloro, había un solo baño para mí, y siempre que tenía que salir, salía con cubrebocas. - Valeria (comunicado personal, 28/03/2022).*

Alternadamente, en relación con la organización al interior del hogar, al momento de padecer la enfermedad por los distintos habitantes, la forma de llevar a cabo las actividades se modificó considerablemente en relación con la compra de la despensa, la preparación de los alimentos y la ingesta de estos. La compra era realizada de forma controlada por una sola persona, principalmente quién menos síntomas tuviera o menos afectado se encontrará por estos. Mientras que la preparación de los alimentos, presentó tres alternativas principales: la asignación de la tarea a quién menos síntomas y afectaciones tuviera, como con las compras; la voluntariedad de preparación, donde de acuerdo con el interés en hacer un platillo específico, es decir que la cocina quedaba a cargo de alguna persona o par en relación con su interés personal; y la preparación por necesidad, donde la persona no habita con alguien más o sólo con una persona y ambas preparaban los alimentos.

*Procuramos mantener algo de comida, mandado o despensa para hacer de comer y como todos teníamos síntomas, salíamos a comer todos juntos, y después cada quien se iba a su respectiva habitación. Entonces, más allá de prever no había mucho cuidado al comer al interactuar y convivir. Teníamos nuestro gel y cada que terminábamos de comer cada quién*

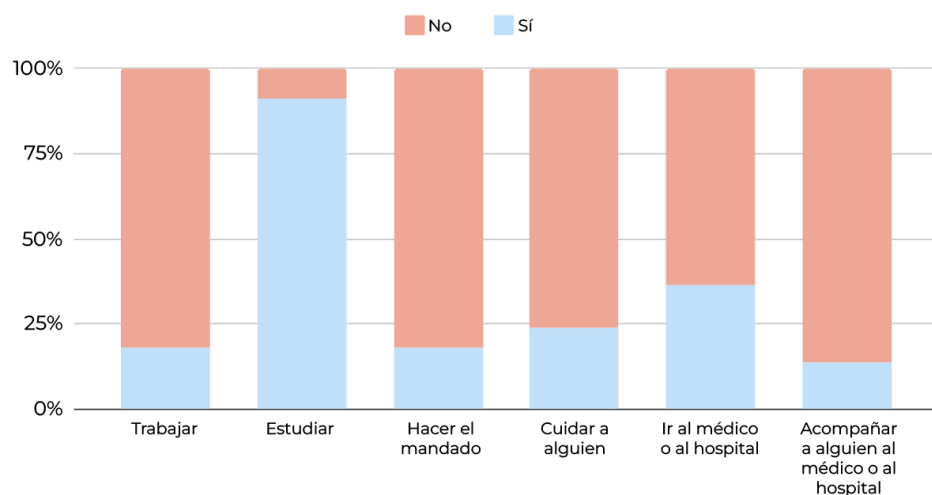


*lavaba su plato y vaso y alguien limpiaba la mesa. Y entonces cada quien iba a su cuarto, salíamos con cubrebocas y nos lo quitábamos al comer. Como estábamos todos, no había un rol, sino que alguien cocinaba de acuerdo con lo que le interesaba o nos compartíamos la tarea entre nosotros. No hubo organización, era voluntario. - Manuel (comunicado personal, 23/03/2022).*

En consonancia con este último testimonio, podemos describir brevemente los hábitos de limpieza dentro del hogar involucra la asignación de las tareas de desinfección de superficies, lavado de loza y de ropa de las personas o ropa de cama a cargo de una sola persona, actividad que podía ser o no rotativa dependiendo de la organización interna en la vivienda.

*Pues al principio, durante las primeras dos semanas, fue el lavado diario de cobijas, de almohadas. De estar limpiando con pinol, porque el cloro solo nos hizo daño. Entonces ahí estábamos. Toda la ropa que lavábamos, la limpiábamos con pinol para desinfectarla. Estar sanitizando la casa cada dos días. Y nadie sale de la casa y nadie entra. Gracias a la familia, ellos nos traían la comida, y aunque no les dijéramos ellos nos traían cajas de comida, si nunca faltó esa parte a pesar de ello. - Martha (comunicado personal, 23/02/2022).*

En contraste con estos testimonios, otro elemento que se encontró dentro de la experiencia de padecer la COVID-19, fue que independientemente del tratamiento del malestar, la realización de las actividades académicas no fue un elemento del que se tomara distancia. Como podemos observar en la siguiente gráfica, en la que se indica un porcentaje mayor al 75% de estudiantes que enfermaron, continuaron sus actividades escolares, mientras que, en los otros eventos, se mantuvieron en cantidades reducidas. Esto se dio en mayor parte debido a que en caso de contagio, era solicitado mantener un confinamiento en el hogar en lo posible. Por lo que el estudio al ser efectuado de forma virtual no involucra riesgos de contagio a otras personas, mientras que actividades como el trabajo o hacer el mandado, al poder involucrar la cercanía con otras personas, era evitado. Y las últimas tres barras, relacionadas con el estado de salud de sí mismos o alguien más, la realización involucra un posible estado de gravedad.



**Gráfica 17.**  
Actividades realizadas de forma simultánea al padecimiento de COVID-19.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.

Otro elemento que tomó especial importancia fue el descanso. Este se tiende a recomendar de forma general para cualquier tipo de padecimiento, dado el consumo energético que conlleva al cuerpo humano el incremento de temperatura, la sudoración, la digestión y demás procesos durante un padecimiento. En conjunto con esto, el descanso era recomendado al padecer COVID-19 debido a la disminución de las capacidades físicas y respiratorias durante el padecimiento, por lo que no resultó extraño encontrar testimonios que reducían la explicación de sus cuidados al descanso.

Como relata Sam en el siguiente testimonio, el aislamiento tuvo varias implicaciones en la vida de quienes enfermaban y de las personas a su alrededor. En este caso en específico, su mamá fue quien padeció COVID-19, y como consecuencia del aislamiento, en su familia procuraron brindar alternativas para mantenerse en contacto con ella, vía virtual, de forma que el aislamiento no impidiera la interacción con otras personas y por tanto las afectaciones emocionales sean menores. De forma que a través del acompañamiento los enfermos pudieran sobrellevar el padecimiento con relativa tranquilidad.

*Como mi madre vive muy lejos, ella se aisló, le dieron los días de incapacidad y a veces le llamábamos para que no se sintiera sola, porque es muy complicado y cuando se recuperó la dejamos que viniera y se quedara el tiempo que quisiera y la apoyamos ya cuando se recuperó, para que se sintiera más entrada, y dijera: “ya me siento mejor, voy a visitarlos”.*

*Y nosotros mostramos apertura, para que superara el aislamiento, porque es una experiencia muy fea. Siento que el aislamiento no es buscar mantenerte alegre, sino mantenerte neutro y encontrar estas cosas, poco a poco, estas cosas que te hacen sentir satisfecho. Entonces si es todo un proceso, mentalmente me siento bien, si es todo un proceso, me siento bien, físicamente, mentalmente y emocionalmente más o menos, pero es un proceso que estoy intentando abarcar. - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).*

El confinamiento voluntario y algunas medidas de prevención, como vimos en capítulos anteriores, implicó un conjunto de limitaciones respecto con la forma en que se interactúa con otras personas, por ejemplo, enfrentando barreras en la comunicación e interacción con otras personas o manteniendo distancia de las demás personas alrededor. En cambio, el aislamiento, implicó un refuerzo de todas las medidas de prevención y de atención en salud. De forma que la interacción frente a frente con otras personas fue reducida aún más, al grado de implicar en ocasiones un aislamiento dentro del propio hogar, pudiendo ocasionar afectaciones en lo mental, pero tratando y acompañando a las otras personas por medios y formas distintas.

## **4.4 Retos y estrategias en la atención a la salud física y mental**

La experiencia de padecer COVID, no se redujo únicamente a la prevención, cuidado y curación durante el periodo de contagio, sino que, dentro de los procesos de tratamiento y curación, involucró estrategias dirigidas a tratar otros tipos de padecimientos, malestares y enfermedades que llegaron a afectar a las y los jóvenes durante los dos años de la emergencia sanitaria. Esto refiere a la realización de actividades dirigidas a la rehabilitación y reconstitución de las capacidades y habilidades físicas y mentales, bajo un esquema de lo que es “normal” dentro de la noción de bienestar.

Es decir, a pesar de que a lo largo de la emergencia sanitaria el padecimiento de interés fue el COVID-19, a través de los

testimonios de las y los estudiantes fue posible saber que la atención en salud integró una variedad más extensa de malestares y enfermedades. Esto debido a que, por la extensión de la emergencia sanitaria, se detonaron otras situaciones de salud-enfermedad, vinculadas con el manejo de la información sobre el padecimiento, la incertidumbre, el rumor, el miedo y la muerte, condiciones que ocasionaron incertidumbre y malestar en las juventudes. Además, retomar las actividades laborales y educativas durante el confinamiento, también detonó algunas complicaciones de orden psicológico.

Las prácticas de cuidados implementadas ante el padecimiento del virus fueron los ejercicios terapéuticos de respiración, el descanso, la reactivación física y mental, y desde las medidas tradicionales, la implementación de tratamientos como infusiones o vapores para la recuperación de los sentidos del olfato y gusto. Por ejemplo, Natalia en una entrevista sobre su experiencia posterior al contagio del COVID-19, llevaron a cabo distintas estrategias tanto para tratar las afectaciones al pulmón como a los músculos que llegaron a padecer durante el contagio.

*Como hacer estos ejercicios para tratarse. Como aquellos ejercicios de respiración para volver a tener la capacidad pulmonar o incluso como flexiones como para ayudar a los músculos a reacondicionar por toda la atrofia muscular. De alguna manera esas partes están más estudiadas y todo eso, pero a largo plazo creo que los problemas mentales son un poco más preocupantes. Pero de nuevo sin minimizarlos, porque algunos problemas son importantes, pero creo que tienen menor difusión la parte mental de cierta manera, entonces creo que es un riesgo, muy grande debido a que no todos están enteramente conscientes de ellos y siento que no es tan fácil reconocerlos ni en uno mismo. - Natalia (Comunicado personal, 08/06/2021).*

En cambio, hubo otros malestares que se presentaron en la vida de las y los jóvenes de forma independiente a la experiencia de padecer o no la COVID-19, principalmente respecto a los procesos psicoemocionales que resultaron afectados por el confinamiento, el sedentarismo, estrés, ansiedad y otros trastornos. Por ejemplo, Sam comentó brevemente lo que el aislamiento llegó a producirle y cómo trató los malestares emocionales a través de la convivencia con otras personas.

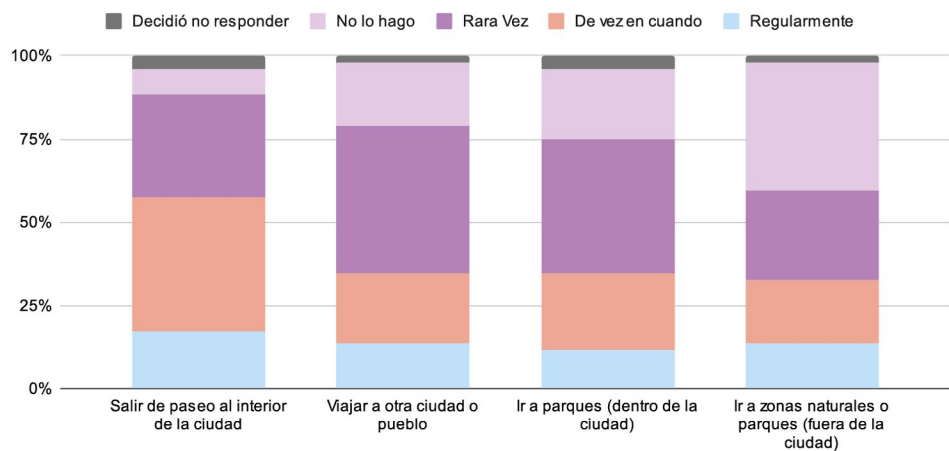
*[Sobre los cuidados en lo] emocional, siento que una de las cosas que hago más importante es intentar estar con la*

gente. Siento que a veces estar muy solo hace que te sientas muy ansioso, muy neurótico, muy loco, como que, si llegas a un grado de locura, en un sentido muy informal o muy vago, pero sí que te sientes ansioso o muy estresado. [Para cuidarme, me funciona] Estar con amigos o familia, hablar con ellos, pasar un buen rato. - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).

A lo largo del análisis con las juventudes efectuado durante la nueva normalidad, se identificaron distintas actividades que fueron implementadas como estrategias de autocuidado frente a posibles padecimientos físicos y mentales que llegaron a presentar durante la emergencia sanitaria. Estas actividades las vemos reflejadas en las gráficas 18a y 18b, y corresponden a actos como hacer deporte, leer, jugar juegos de mesa o virtuales, asistir a espacios para socializar, salir de paseo dentro o fuera de la ciudad, e ir a parques o zonas naturales.

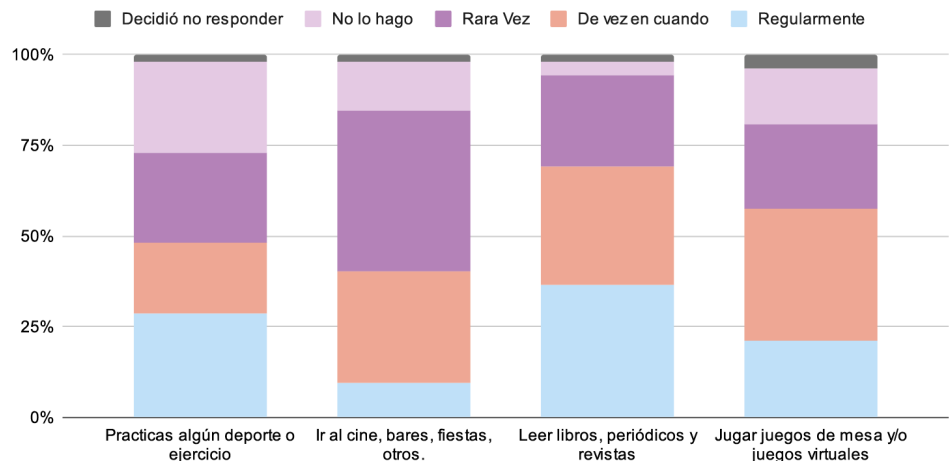
**Gráfica 18a.**  
Regularidad de realización de actividades varias.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



**Gráfica 18b.**  
Regularidad de realización de actividades varias.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



Tomando en consideración la suma de valores, respecto a la realización de las distintas actividades en las categorías de “regularmente” y “de vez en cuando”, podemos notar que las actividades que más eran llevadas a cabo era la lectura, los juegos y el paseo dentro de la ciudad con valores que superan el 50% de los encuestados. Constituyendo estas estrategias principalmente vinculadas con el ocio y la interacción social. Mientras que, en otras actividades, como ir al cine u otros espacios cerrados, así como viajar fuera de la ciudad, o bien el asistir a áreas verdes, sean parques o zonas naturales, sus valores resultaron bajos.

La organización y las estrategias realizadas respondieron a la noción de vulnerabilidad, temor y riesgos ante la posibilidad de enfermar. Por ello, si bien las actividades tienen efectos benéficos para atender la salud física y mental de las y los jóvenes, a través de la satisfacción de sus necesidades de movimiento, ocio, desahogo, o incluso de interacción social, la mejor opción para entender tales procesos será abordado a continuación, en torno a tres conjuntos de actividades: el deporte o la actividad física; el ocio y el descanso. Cada una de estas opciones, cubría una o varias necesidades que presentaban las y los estudiantes, por lo que su realización, variaba dependiendo de las condiciones en que se encontraban y las situaciones que les afectaban.

#### **4.4.1 Deporte**

Con la declaración del confinamiento total como medida de control epidemiológico del COVID-19, y su implicación sobre el cierre de establecimientos, derivó en dificultades para mantener o procurar el ejercicio físico. Realizar algún tipo de deporte se vio obstruido dada la falta de espacios disponibles dentro de la unidad doméstica, al ser una actividad que realizaban en lugares como gimnasios, parques, centros deportivos, entre otros. Un ejemplo de esta situación lo relató Sam, quien expresó que, en conjunto con la idea del final de la pandemia, se podrían retomar las actividades deportivas.

*Todos los días hacía deporte, tenía muchas horas de hacer ejercicio y me gustaba. Por el COVID, tuve que detenerlo de tajo por el COVID, y si es algo que me he alejado completamente. Porque hay que ser muy sensatos, porque teníamos la esperanza de que la pandemia acabara pronto. Como que te resignas y ya solo me digo que cuando sea el momento. - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).*

En respuesta a esta situación, algunas y algunos jóvenes podían acceder a espacios que no cerraron con la emergencia sanitaria, como en el caso de Alberto que iba a la presa de Cointzio, un espacio al aire libre con mayor presencia de vegetación que de espacios urbanos. No obstante, dentro de las implicaciones de hacer uso de los espacios al aire libre, más allá de tener en consideración la seguridad en torno a la COVID-19, evocaba inquietudes respecto a la inseguridad a la que pudiera haberse expuesto en la presa.

*El cierre de centros deportivos redujo la posibilidad de hacer ejercicio y me llevó a hacer ejercicio fuera, en lugares más abiertos como la presa de Cointzio, que estuvieran más solitarios. Por otra parte, hacer deporte me incomodaba, porque implicaba alejarme más de lo habitual de mi casa, lo cual me producía inquietud al no conocer del todo el lugar, y estar a la expectativa de que fuera o no un lugar inseguro. - Alberto (Comunicado personal, 20/01/2022).*

Y por lo mismo algunas otras personas, como sucedió con Ana y su hermano, pretendían asistir a estos espacios abiertos o públicos para ejercitarse en horarios y espacios poco concurridos.

*Para tratar de realizarlo, si era una actividad fuera del hogar, procuramos [con mi hermano] salir en horarios no muy concurridos o espacios ajetreados. - Ana (Comunicado personal, 03/02/2022).*

Alternadamente, la principal adaptación que se procuró al momento de hacer ejercicio, fue llevarlo a cabo en casa, de forma que aún con el cierre de establecimientos, se pudiera procurar este aspecto de la salud física. Sin embargo, la complicación que más estuvo presente al respecto fue el seguimiento de los entrenamientos. Esto estuvo presente en los testimonios de Diana y Brisa, fue una complicación constante, que llevó a hacer ejercicio por cortos periodos de tiempo, e incluso mencionaban que percibieron un aumento de peso a causa de un estilo de vida sedentario que fue adoptado al enfrentarse a otras distracciones o al tener dificultades de ejercitarse en la vivienda.

*Antes de la pandemia, iba a natación, entonces esto de la pandemia, ya no pude ir a natación. Como que no estaba muy acostumbrada a hacer ejercicio en casa, así que no lo hacía. Pasaron unos meses y descargué una aplicación para hacer ejercicio. Pero la verdad no soy la más disciplinada del mundo. Hice ejercicio como dos semanas, luego lo dejé. Y ahorita lo retomé como otra vez, pero es como dos veces a la semana. - Diana (Comunicado personal, 03/02/2022).*

*En el ejercicio, yo era de salir mucho y me la pasaba caminando, entonces de repente ya no hacer nada. Intenté hacer ejercicio en casa, y si lo hacía uno dos días, pero ya luego lo dejaba y agarraba el celular. Entonces eso provocó que ya no quisiera hacer muchas cosas. Entonces, desde que empezó la pandemia he subido de peso porque no he hecho casi nada o me la he pasado en casa o usando la compu, y se me ha complicado controlarlo, pero espero ya controlarlo al empezar a moverme más. - Brisa (Comunicado personal, 17/02/2022).*

Las actividades deportivas pudieron ser retomadas con regularidad hasta que tuvo lugar la reapertura de los centros deportivos, gimnasios, clubes, parques y otros espacios. Pero en lo que respecta a la salud, hacer ejercicio en palabras de Carlos le proporcionó bienestar no solo físico sino también mental y emocional, dado que esto le brindaba la sensación de tiempo para sí y de dispersión ante situaciones problemáticas o que produjeran nociones de bruma o presión en otros ámbitos.

*Haciendo deporte. En mi persona, trato de ser alguien muy responsable de mi salud emocional y mental. Desafortunadamente no es algo que se nos haya inculcado en mi familia, pero que a través de las experiencias es algo que he tenido muy presente y que yo, en mi persona si tengo bastantes cuidados o aspectos en los que trato de establecer estos cuidados emocionales y mentales. Me gusta mucho tener tiempo para mí, dispersarme de problemas o situaciones en las que me siento presionado, atacado o abrumado. - Carlos (comunicado personal, 04/03/2022).*

#### **4.4.2 Ocio y descanso**

Dentro de las actividades habituales durante el periodo en cuestión, la realización de distintas actividades de dispersión inicialmente no tomó relevancia, esto debido a la esperanza del retorno con rapidez y seguridad a las actividades. A ejemplo de esto, tenemos el testimonio de Brisa, quien, con la extensión del confinamiento en el hogar y la reintegración en actividades laborales o educativas durante periodos extensos, fueron elementos que le ocasionaban estrés, además de sentirse abrumada ante la incertidumbre, y presión por las distintas responsabilidades.

*Ha sido complicado, ya tenía problemas con el estrés porque me estreso muy fácil y solía “ver una película o métete a bañar, come algo”, pero gracias a la pandemia y lo que pasó alrededor*



*comenzaron a surgir más problemas mentales porque era abrumador. Entonces me empezaron a dar muchos ataques de pánico, ansiedad. Me sentía mal. Y no solo era el hecho de estar encerrada, sino que se fueran juntando muchas más cosas, entonces mi salud mental si me vino a derrumbar todo lo que trajo. Ahorita ya he mejorado un poquito. No he recibido atención psicológica, pero igual trato de calmarme o cosas así. Todavía me cuesta un poquito de trabajo, y hasta cierto punto ha afectado algunas relaciones que tengo, en la escuela, porque si me desorganizo por estar ansiosa. Igual sé que es algo que debo tratar y es algo que he tratado de llevar de la mejor manera, pero hay días que si me consume mucho.*  
- Brisa (Comunicado personal, 17/02/2022).

En respuesta a esto, la realización de otros tipos de actividades, distintas a aquellas que pudiesen causar estrés, ansiedad o distintos sentires, era necesaria para que las y los estudiantes pudieran cuidar de sí mismos. Por un lado, encontramos la realización de actividades de entretenimiento, que como expresó Sam, existe una amplia diversidad de actividades, pero incluso dentro de dicha diversidad encontrar algo a que apegarse podía tener complicaciones.

*De ocio, me es difícil encontrar un hobby que me llene de satisfacción, la he encontrado en la música, los videojuegos y las películas. Antes solo veía al ir al cine y ahorita es algo muy frecuente y muy bonito. He detenido muchas cosas, pero también he encontrado otras que me han ayudado mucho. [...] Me puse en temas en cosas más personales, como escuchar poemas o ver pinturas en internet, hechas por mis amigos u otras personas. O jugar con música de fondo, me ayuda a enfocar mi fuerte emocional en cuestiones académicas y no sentir las tan pesadas como querer estar dentro de un molde. Entonces siento que también es importante de saber esto de saber muchas cosas. Por ejemplo, hay veces que estoy con mis amigos y necesito salir [alejarse de ellos], si les aviso.* - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).

Alternadamente, el descanso también representó pausas a las actividades que fueron más allá de fines de semana o rutinas que les permitieran disminuir el estrés o ansiedad ocasionados por las responsabilidades profesionales o las tensiones con conocidos, ocasionadas por desacuerdos dentro del hogar o los desacuerdos que emergen durante la interacción con otras personas. Por tanto, en lugar de establecer actividades de ocio como estrategia central de descanso, en algunos casos las y los estudiantes llegaron a tomar periodos más extensos alejados de las situaciones que les ocasionaban malestar. Esto lo podían detectar, como expuso

Carlos, a partir de trabajos introspectivos que consideraban necesarios atender, por medio de la meditación, por ejemplo, o pausar enteramente alguna actividad.

*Durante este último semestre sentí presión y desinterés debido al modo en que se están llevando las clases en línea y decidí parar todo un par de semanas y retomarlo. Y aproveche el periodo vacacional para meditar si era correcto continuar la carrera o retomarla el siguiente semestre. En ningún momento consideré cambiarme de carrera, porque si estoy muy entusiasmado por ella, pero mi mayor preocupación fue no aprender lo suficiente y no estar listo al momento de reintegrarnos a clases presenciales o lo mismo al estar de prácticas. Entonces decidí pararlo todo un par de semanas durante el periodo y reintegrarme el último mes de enero. Entonces me gusta tomar esas pequeñas pausas, que puedan parecer insignificantes o que suelen ser juzgadas mucho, diciendo que te vuelves perezoso, o ineficiente, pero considero que es demasiado necesario que las personas conozcan sus capacidades mentales o emocionales. E intento trabajar en ello, y estar listo para afrontar las cosas. - Carlos (comunicado personal, 04/03/2022).*

Algunos estudiantes tuvieron que detener sus estudios como Enrique (Comunicado Personal, 24/03/2022), quien, debido a un cuadro depresivo mayor, acudió con el apoyo de un psiquiatra quien le recetó antidepresivos, lo que en conjunto con el acompañamiento psicológico le permitió posteriormente reinsertarse en distintas actividades. Por tanto, la desconexión de las actividades educativas o laborales por parte de las y los estudiantes, como afirmó Sam, era lograda desde la realización de actividades de entretenimiento, el descanso, o el deporte anteriormente mencionado, o detener la realización de las actividades que ocasiona el malestar y retomarlo posteriormente.

*En salud mental, es importante porque finalmente vivimos en mucho estrés, de las clases, problemas con amigos o familia, trato de mantener un control emocional muy variado. Pero en lo mental también son cuestiones físicas de dormir bien, de descansar en algunos horarios. Si una tarea me estresa dejarla y continuarla en otro momento. [...] Entonces es muy variado en cuestión de esto de descansar. Si me siento muy cansado dejar en un segundo o tercer plano la escuela porque a veces priorizamos mucho las cuestiones escolares o laborales pero que no es tan importante y se puede dejar para después. - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).*

Dentro de la vivienda, habitar la experiencia en torno a salud, resulta ser un fenómeno cambiante al poder presentar malestares y padecimientos distintos a lo largo del tiempo, sea de forma continua, uno tras otro, o intermitente, al tener periodos de estabilidad entre un padecer y otro. Por ello, estas estrategias como el ocio, descanso y el deporte han jugado un papel importante en los procesos de autoatención. Debido a que dotan la capacidad de mantener, conservar, paliar e incluso rehabilitar las capacidades propias, sean estas físicas o mentales, para poder responder a las actividades del entorno. Condición que resultó importante para mantenerse en contacto y activo en los procesos sociales, de interacción y formativos, en los que las juventudes estaban inmersas.

### 4.4.3 La atención mental

Los procesos mentales, por sí mismos constituyen procesos muy complejos, entre los que están los procesos cognitivos o de pensamiento, el carácter, las emociones y la gestión de estas, y los estímulos que se pueden recibir del exterior y las reacciones que tienen ante estos. No obstante, algunos puntos en común en la mayoría de las y los jóvenes estudiantes, fue el sentimiento de tristeza, el desánimo, la incertidumbre e incluso una mayor irritación. Por ejemplo, Natalia, como reflejo de estos procesos emocionales, explicó que incluso cuando estaba confiada en que el aislamiento no le podría afectar, debido a ser alguien introvertida, hubo un punto durante el confinamiento que esa situación cambió y pasó a tomar una actitud inconsciente sobre la realidad.

*Entonces, cuándo empezó, y que dijeron que una de las consecuencias o de los estragos de toda la situación era la cuestión de la situación de todos los padecimientos mentales y todo eso. Sí pensé que en algún momento todo eso, bueno, sabes que soy una persona introvertida y dije, “no, no me va a costar tanto” pero sí, también pensé en la posibilidad de que en algún momento me llegara a pesar más. Y es donde te digo, que hace unas semanas dije “No, yo ya no puedo, ya no puedo”. Porque tengo unos amigos que dicen: “No, ya nada más estamos en modo automático”, de que ya se acabe el semestre. Pero no puedo, no sé cómo minimizar el esfuerzo. Porque siento que, con cualquier cambio, porque de por sí uno esforzándose tal vez no tiene los resultados que tiene, no me siento segura de que, si incluso dejo de esforzarme, aunque sea tantito, eso puede ya ponerme del otro lado totalmente. - Natalia (Comunicado personal, 08/06/2021).*

Además, el confinamiento, en conjunto con la infodemia como problema a la salud, detonó algunas situaciones en las y los jóvenes, como vemos a continuación con Diana quien enfrentó dudas y cuestionamientos sobre si los síntomas que presentaba estaban directamente relacionados con el COVID-19. Ella declaró:

*Sí, me daba pánico que me diera un ataque de pánico, o ansiedad. Yo he sufrido ansiedad, y entonces cuando sentía que se me cerraba la garganta decía: “Es ansiedad o es COVID?”, Entonces como que era un poco eso. Y cuando estaba enferma me pasó como unas dos veces [la ansiedad]. Para ese entonces mamá ya se había regresado a CDMX, pero como era navidad y año nuevo, estaba con ella. - Diana (Comunicado personal, 03/02/2022).*

En cambio, otros jóvenes como Sam, quienes podían ya tener un diagnóstico y saber que le ocasiona, también se pudieron ver afectados por el confinamiento, siendo este fenómeno un reto al involucrar un conjunto de transformaciones y rupturas, respecto al periodo prepandemia, en los estilos de vida, que dificultaron el de manejo de sus pensamientos y la gestión de las emociones que experimentaban.

*Y mentalmente padezco de Trastorno Obsesivo Compulsivo, que a veces he tenido periodos muy fuertes. El primer periodo fuerte fue cuando tenía 15 años, y alguien de esa edad no está muy preparado para enfrentar esas cosas. Entonces también enfocarte a ese tipo de reacciones y de cómo ya lo vas manejando, porque el aislamiento afectó en lo que son los trastornos de ansiedad, entonces si es un poco complicado permanecer tranquilo, y enfocado en tus metas y en lo que quieres, o en hacer lo correcto, como que son muchas cosas. - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).*

Por este tipo de situaciones, frente a la COVID-19 u otros procesos mentales de las y los estudiantes, el acompañamiento psicoterapéutico fungió como una estrategia clave para el cuidado de la salud mental en algunos casos. Este acompañamiento, puede ser obtenido a través del apoyo de distintos profesionistas de la salud mental y neurológica, como son: psicoterapeutas, psicólogos clínicos, psiquiatras y neurólogos. cada cual brindando alternativas de tratamiento de distintas formas y favoreciendo el desarrollo de estrategias para la gestión emocional o psicosocial según el caso en cuestión. Este acompañamiento no estuvo presente en todas las y los jóvenes, algunas de ellas iniciando sus procesos con anterioridad

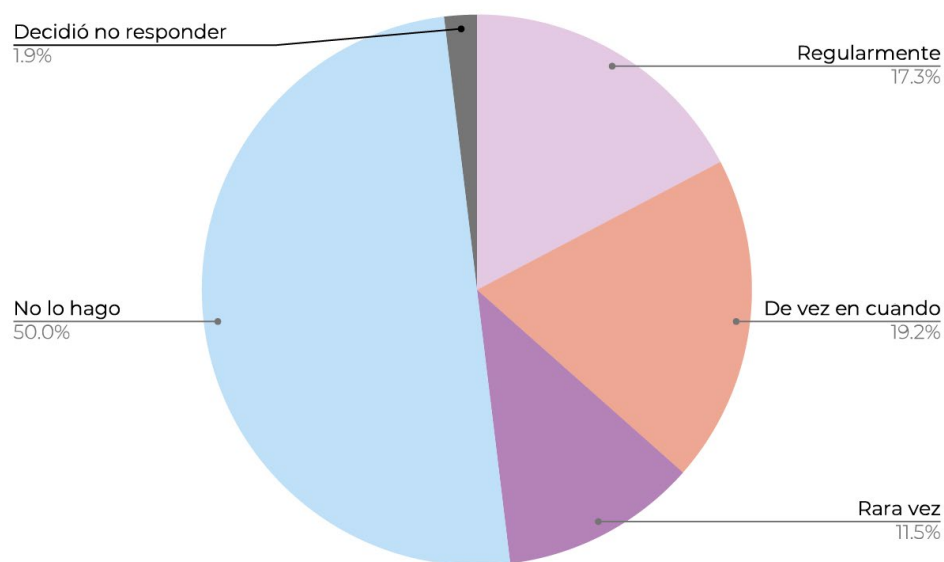
a la contingencia sanitaria, como en el caso de Diana que declaró que ella había “estado con varios psicólogos, pero con quién estoy actualmente llevo ya casi dos años” (Comunicado personal, 03/02/2022). O como en el caso de Cecilia, quien, si bien no indicó afectaciones por el confinamiento de forma directa, inició su proceso durante el periodo y tuvo efectos en su interacción con otros.

*La parte de la pareja esa sí que intenté trabajarla muchísimo, si funcionó. Y la parte de la familia, esa, empezó a solucionarse a la par que empecé a trabajar la parte del trauma, cuando comencé a ir con una psicóloga. Entonces lo demás empezó a resolverse de forma natural. - Cecilia (Comunicado personal, 22/03/2022).*

En la siguiente gráfica, se muestran los resultados del cuestionario aplicado a finales de enero del 2022, sobre la regularidad con la que las y los estudiantes asisten con algún profesional en salud mental, clasificado en marcadores como “regularmente” (rosa), “de vez en cuando” (naranja), “rara vez” (morado) y “no lo hago” (azul). Al respecto, entre los resultados solo 9 jóvenes (17.3%) señalaron el hábito de procurar la atención de su salud mental con algún profesional con regularidad, seguido por 10 personas (19.2%) que van “de vez en cuando” y 6 (11.5%) que asisten rara vez, frente a 26 jóvenes (50%) que no reciben este tipo de atención profesional.

**Gráfica 19.**  
Porcentajes de regularidad con la que las y los jóvenes universitarios asisten con algún profesional en salud mental.

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario Cambios y Retos por COVID-19.



Como se puede notar, el acompañamiento profesional no representó una estrategia de atención hacia los problemas psicosociales que enfrentaban en las y los jóvenes al notar que el 50% de las juventudes que participaron en el cuestionario no asisten con algún profesional de la salud mental, mientras quienes si lo hacen es un servicio que reciben mayormente de forma paulatina. Esto fue discutido en el grupo de discusión (22/10/2021) como: la pérdida o disminución de la privacidad en la vivienda, obstáculo para la realización de sesiones terapéuticas virtuales; o bien la falta de fondos económicos para pagar el servicio de acompañamiento psicoterapéutico o psiquiátrico. Por estas razones, las y los jóvenes tuvieron que optar por otro tipo de actividades que pudieran solventar o ayudar el manejo de la situación que habitaban en relación con los medios a disposición. Es decir, centraron la atención de sus necesidades psicosociales en el deporte, la meditación, el entretenimiento y descanso, cuando se trataba de actividades individuales, mientras que cuando los malestares involucraban la ausencia de compañía o trato con otras personas, optaron por reunirse con amistades tanto en la modalidad virtual como en la presencial (Grupo de discusión, 24/09/2021; Hernández Nava et al., 2020).

En cambio, uno de los elementos que influyen en la decisión de no acceder al acompañamiento psicoterapéutico, reside en la forma de entender y comunicar los padecimientos mentales. Sam nos explicó, desde su experiencia con los padecimientos que él presenta, la información que recibimos en torno a los procesos mentales resulta deficiente. En términos de no poder comunicar las implicaciones, las afectaciones y las estrategias que se pueden implementar para atender un trastorno o una psicopatología.

*Un problema muy importante con los TOC o la ansiedad es que necesitan ser hablados, y que son muy comunes. Y hay personas que se espantan, muchos priorizamos la salud física por sobre lo mental. Y está bien, porque es lo más esencial biológicamente, pero es lo más esencial si hablamos de calidad de vida (lo mental). Entonces es importante que existan espacios para hablar del TOC o la ansiedad, y que existan docentes que hablen de estos temas de salud mental. Por ejemplo, estas son la sintomatología de tales, son algunas dinámicas para desahogarse y no pensar en x cosa en cierto tiempo. Y si no se atiende o trata con empatía, más que la compasión, nos sirve para saber que necesite. Sea tomando distancia, o acercándose de forma correcta y saber que cuentas con el apoyo de alguien. Y lo principal, es que esta persona te pueda dirigir a personal de salud, o terapeuta, o algo. Y gente que tiene depresión, les afecta tener un trastorno, pero tener un entorno con un entorno de mejora. - Sam (Comunicado personal, 17/02/2022).*

Evitar el diálogo en torno a temas de salud, o distribuir información errónea, puede dar forma a procesos de estigmatización que se origina en el temor de tener un padecimiento. Esto, entendiendo que en cualquier enfermedad se presentan rupturas sobre lo “normal”. Mientras una enfermedad física involucra manifestaciones de síntomas médicos, respecto a una “norma” sobre el funcionamiento biológico del cuerpo humano, un padecimiento mental involucra una ruptura respecto a un conjunto de conductas individuales, que no encajan en el orden moral o social, de entender y explicar el mundo (Martínez Hernández, (2011, pp. 135-136). Por tanto, evitar la comunicación eficaz en torno a la salud, sea física o mental, tiene incidencias en la forma en que proporcionamos estrategias eficientes de cuidado, atención y acompañamiento a otros.

## 4.5 Reflexiones finales

Analizar las prácticas de atención y cuidados que las juventudes llevaron a cabo, en el marco de la pandemia por COVID-19, implica un proceso reflexivo en torno a los tipos de malestares o afectaciones a la salud a la que se está brindando atención. En este caso, se encontró que independiente de la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2, las y los jóvenes no centraron sus actividades y su forma de actuar en torno a este padecimiento únicamente. Esto debido a que padecer COVID-19 no representó un malestar a largo plazo, y que otros padecimientos estuvieron presentes durante la contingencia, de los cuales algunos fueron origen de la ruptura de los estilos de vida que ocasionó el confinamiento en los hogares y toda la reorganización que tuvo lugar en torno al uso de los espacios y los grupos con los que se interactúa. Llevando, como ejemplo, a las y los jóvenes a presentar padecimientos como el estrés, la ansiedad, la depresión, o malestares como la disminución de la condición física.

Toda enfermedad conlleva un cuidado y genera un cambio en las dinámicas de vida condicionado por el tipo de decisiones que se toman, el contexto en el que se habita, el conocimiento que se posee y que se desarrolla, las habilidades y las emociones. Este tipo de cambios en los hábitos de vida pueden referir a cambios en torno a la forma en que uno se alimenta, la actividad física que se realiza, las terapias de curación que se implementan, y otros tipos de cuidados y prevención que se establecen. De esta forma, cada padecimiento conlleva un posible trayecto, en el que se puede o no ejecutar la mayoría de las acciones, e involucra: la detección del malestar, la búsqueda de un diagnóstico, las prácticas curativas y de tratamiento, la contención del padecimiento, y la reducción de vulnerabilidades.

Esto, visto desde la experiencia durante la emergencia sanitaria por COVID-19, comenzó con un proceso para entender y definir las enfermedades. Proceso en el que las y los jóvenes estudiantes podían sufrir mayor incertidumbre al hacer uso de los espacios virtuales para informarse al respecto, por lo que, dentro de los flujos en las tecnologías de la información y comunicación, podían enfrentarse tanto con información veraz, como rumores, mitos y discursos varios que podrían complejizar la relación con los padecimientos. Concluyendo con estados de confusión, incertidumbre y duda, que solo podía ser resuelto



por medio de procesos de búsqueda de información más confiable, con sus médicos, o incluir estrategias de verificación de datos, procurando fuentes verídicas. Información que en determinados momentos pudo ser utilizada para proceder con la búsqueda y adquisición de estrategias terapéuticas.

El aislamiento, fue una estrategia que promovió el desarrollo de habilidades de atención y cuidados hacia las otras personas. Esto, desde el reconocimiento de riesgos y vulnerabilidades a la salud dentro y fuera del hogar, con varias características: 1) Fue realizado como estrategia de contención y control de contagios; 2) involucró la cobertura de necesidades y el acompañamiento desde la participación colectiva; 3) reforzó la realización de las medidas de seguridad, especialmente para evitar afecciones mayores o ingreso a hospitales.

Finalmente, involucró la participación conjunta en torno al tipo de atención y tratamientos curativos a implementar, aspecto influenciado principalmente por la información en salud y la noción de bienestar. De esta forma, la adaptación de las y los jóvenes universitarios, demostró que contar con el apoyo y la compañía de una o más personas para solventar distintas necesidades, tanto en relación con padecimientos físicos como mentales, remarcaba las oportunidades que el autocuidado y la atención tuvo para reducir las afectaciones por cualquier tipo de padecimiento, y de forma más general, para superar un periodo tan complicado sobre las transformaciones que tuvieron que efectuar en sus estilos de vida.

# Conclusiones

---

La razón de esto está en que los microbios existen,  
mientras los monstruos no existen.  
- Lévi-Strauss (Citado en Beneduce, 2006, p. 110)

La pandemia por COVID-19 ocasionó diversas transformaciones y cambios en todas las esferas humanas, sociales y naturales. Involucrando retos para todas las personas sobre el cuidado de su salud y la atención a la salud colectiva, la readaptación a las nuevas condiciones que se habitaban, y sus efectos en espacios como las viviendas, escuelas, plazas y parques públicos, y centros de salud. Bajo este contexto, el presente trabajo tuvo como objetivo general analizar los cambios en las prácticas, conocimientos y percepciones en materia de salud y cuidados en jóvenes universitarios durante la contingencia sanitaria, desde marzo de 2020 hasta marzo de 2022. Para abordar este tema, se plantearon tres objetivos particulares: conocer y describir los cambios en las dinámicas sociales de las y los jóvenes universitarios, analizar las transformaciones en conocimientos y percepciones, englobados dentro de las representaciones sociales, que tuvieron lugar respecto los procesos de salud y enfermedad, y analizar las estrategias y prácticas de atención y cuidados que generaron en el marco de la pandemia por COVID-19.

Estos objetivos tuvieron como finalidad dar cuenta de cómo la pandemia por COVID-19 ha transformado de manera significativa la forma en que los jóvenes universitarios en Morelia generaron estrategias para la prevención y atención a la salud y los cuidados, así como describir las adaptaciones que tuvieron lugar, considerando los procesos individuales y colectivos que atravesaron, tales como: los procesos emocionales, la adopción de prácticas de prevención y cuidados en salud física y mental, la integración de medidas de seguridad en los estilos de vida, las formas de interactuar con otras personas, las limitaciones y oportunidades en la realización de sus actividades, así como la readecuación de los espacios.

Analizar los procesos de salud/enfermedad/atención desde la experiencia de las y los estudiantes universitarios, permitió entender la relación entre las distintas etapas de los PSEA con respecto a los elementos que dan forma a las prácticas en salud. Respecto al primer punto, hago referencia a que los PSEA no comprenden procesos cíclicos en los que una persona se encuentra sana, luego enferma, para posteriormente ser cuidada y/o atendida, y concluir con la curación y sanación. En su lugar, los PSEA involucran un flujo constante de información para la toma de decisiones, involucrando el contexto habitado a gran escala, las condiciones en las que se desarrollaban las y los jóvenes, el estado de bienestar, los recursos a disposición, entre otros.

Por consiguiente, respecto a los cambios en las dinámicas de las y los estudiantes universitarios, se encontró que los PSEA estuvieron determinados principalmente por las condiciones sociales, económicas y políticas en las que se desarrollaron las y los estudiantes universitarios desde una escala general, al ser la pandemia un acontecimiento que afectó todos los estratos y espacios sociales de distintas formas a lo largo del tiempo, mientras a una escala *micro* el acontecimiento atravesó los distintos aspectos de la vida de los jóvenes, entre ellos su formación profesional universitaria, e implicó la tensión entre un amplio espectro de ideas, sentires, emociones y conocimientos.

Las transformaciones más destacadas en la vida de las y los jóvenes se vieron reflejadas principalmente en cuatro sentidos: la habitabilidad y uso de los espacios, la sociabilidad, la prevención de la COVID-19 y la atención a la salud. Siendo los primeros dos elementos, la habitabilidad y sociabilidad, los aspectos que reflejan las dinámicas de interacción entre las juventudes con su entorno. Mientras que la prevención y la atención en salud dan cuenta de la forma en que se define, entiende, dialoga, actúa e intervienen en la manutención de una estabilidad en el bienestar percibido.

Antes de la declaración de la emergencia sanitaria, las juventudes se desarrollaban en distintos espacios, en relación con sus intereses, actividades, responsabilidades y posibilidades de distribución del tiempo, siendo estos sus hogares, la escuela, los centros deportivos, los espacios recreativos, los espacios virtuales y en algunos casos el trabajo. Sin embargo, posterior al establecimiento del confinamiento en hogares como medida

central para el control de contagios, y sus implicaciones en el cierre de escuelas, negocios y espacios públicos, los lugares donde las y los jóvenes se desarrollaban fueron limitados a la vivienda y a las plataformas virtuales. Igualmente, la interacción con los distintos grupos a los que pertenecen se redujo a estos espacios, grupos como la familia, las amistades, la comunidad académica y/o educativa, las y los compañeros de trabajo. Y ocasionó una serie de inconformidades respecto al modo en que se interactuaba y comenzó a dar indicios de los distintos duelos que enfrentaron a lo largo de la pandemia, por pérdida de la salud o estabilidad física y/o mental, el confinamiento en hogares, las rupturas en relaciones interpersonales.

Entanto que el confinamiento obligatorio fue extendido por el alza en contagios, fue necesaria la reconfiguración de los espacios de la vivienda, para la realización de las distintas actividades de las y los jóvenes universitarios, lo que condicionó las interacciones con otras personas a ser efectuadas en distintas condiciones: de aislamiento en el caso de que alguien enfermara dentro de la vivienda; y respecto a las responsabilidades educativas, así como las dinámicas de interacción social, tomó relevancia el uso de las TIC para poder efectuar las distintas actividades en entornos virtuales y a distancia. De este modo, las actividades de las y los jóvenes estuvieron limitadas principalmente a ser efectuadas en la unidad doméstica, y tuvo que haber una organización interna con los demás habitantes para poder llevarlas a cabo y atender las responsabilidades individuales. Es decir, determinados espacios usados para el descanso, ocio, la interacción familiar o privada, pasó a integrar también las actividades educativas, laborales, deportivas. Por lo que disponer de espacios privados implicó un reto en el desarrollo continuo de las actividades, sin interrupciones o distracciones.

Conforme se abrían las posibilidades para retomar actividades en negocios, trabajos, y se visualizaba la interacción en espacios abiertos, estos lugares integraron estrategias de control de contagios, tales como la sana distancia, la vigilancia y manutención del aforo máximo, el abastecimiento de gel antibacterial, la desinfección de superficies, y el uso del cubrebocas. Medidas que, por un lado, comenzaron como una limitante en la interacción, pero que con el paso del tiempo brindaron a las y los jóvenes nociones de seguridad, respecto a su salud, al estar en estos espacios.

Bajo este contexto, la sociabilidad en los medios virtuales transitó por distintas concepciones para las y los jóvenes universitarios, y constituyó un espacio para el descubrimiento de oportunidades sobre nuevas formas y espacios para interactuar con otras personas, así como también integró la noción del espacio virtual como una barrera o limitante de la interacción social, por lo que las percepciones en torno al uso de las TIC oscilaron entre el rechazo y la aceptación de las condiciones de interacción virtual a distancia. Estas consideraciones de la virtualidad estuvieron sujetas a cambios de perspectiva a lo largo del tiempo al estar influenciadas por los retos que atravesaban individual o colectivamente. Las TIC permitieron a algunas juventudes explorar distintas formas de conocer, convivir, jugar e interactuar con otras personas, desde el uso de sitios web, plataformas de *streaming*, aplicaciones de videoconferencia, y otros, ampliando el panorama sobre las herramientas y espacios disponibles para conectar y sentir la cercanía con otras personas.

Sin embargo, estos mismos espacios representaron una barrera o limitante en la interacción con otras personas. Por un lado, debido a situaciones externas a los usuarios, como la accesibilidad o estabilidad de la conexión a distancia, situación que podía comprometer la realización de las actividades educativas y laborales en condiciones virtuales. Por ejemplo, debido a los problemas en la comunicación, durante las videoconferencias, podía experimentarse la ausencia de las personas al existir una falta de interacción o de relación de voz con cuerpo. Por lo que, atravesar estas situaciones llevó a las y los jóvenes a enfrentar ciertas ideas que les producían incertidumbre sobre la calidad de las relaciones que mantenían e implicó el desarrollo de nuevas estrategias que pudieran mejorar la comunicación, sea incluyendo imágenes en conversaciones vía servicios de mensajería, o aprendiendo a detectar variaciones como en los tonos de voz durante la interacción a distancia.

En cambio, las transformaciones que tuvieron lugar en la interacción con otras personas presencialmente se pudieron detectar a partir de los espacios en los que se efectuaban, ya sea al interior de la vivienda o exterior a esta. Respecto a la vida en los hogares, las y los jóvenes universitarios experimentaron momentos de conflicto y de reconexión con quienes vivían. Los conflictos en gran medida fueron consecuencia de los periodos

extendidos de convivencia con las demás personas en un espacio reducido, y las disconformidades en torno a la forma de hacer las cosas o las interrupciones que acontecieron. Mientras que esta misma constancia sobre la convivencia, favoreció la reconfiguración de las relaciones familiares, al implicar una interacción más frecuente y la búsqueda de actividades en común, que les permitieran superar los desacuerdos.

En contraste a esto, la interacción fuera del hogar, en tanto esta fue posible, estuvo condicionada principalmente por la confianza entre las otras personas y el seguimiento que éstas daban a las medidas de seguridad y prevención. De forma que la omisión en el seguimiento de estas medidas generaba desconfianza, incomodidad en la interacción, o se limitaban las interacciones a espacios abiertos y manteniendo la *sana distancia*. Mientras que la confianza y el propio seguimiento de las estrategias de seguridad, sentaba las bases para una interacción más cercana con mayores posibilidades de omitir el uso de una o más medidas de seguridad, de forma temporal.

En cuanto a las estrategias de prevención y atención a la salud, es importante considerar que estas están conformadas por un conjunto de prácticas y representaciones sociales. Por tanto, dentro de la diferenciación entre una práctica y una representación social, se entiende que las prácticas son un conjunto de actividades realizadas desde un conjunto de saberes que va más allá de la técnica y se construye con la interacción social y la experiencia subjetiva. Es decir, las prácticas son resultado de un proceso en el que un individuo con un entramado histórico-social, que a su vez posee la capacidad de intervenir en la forma en que define y actúa frente la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención. Mientras que las representaciones sociales son modelos organizados y jerarquizados de conocimiento colectivo expresados en juicios, opiniones, creencias, saberes y actitudes que permiten la producción y reproducción de identidades colectivas. Y es desde los procesos dialógicos entre ambas que los actores pueden entender su realidad y redefinirse entre sí, además de permitir comprender la configuración y regulación de un discurso colectivo, entre lo que se hace y dice, presentando tensiones y contradicciones.

Una de las principales tensiones y contradicciones respecto a las medidas de seguridad para prevenir el contagio por COVID-19 y las estrategias de autocuidado y atención a la salud, física y mental, reside en los cambios en las formas de entender la salud como parte de un flujo constante que dio forma y modificó las nociones, ideas y los conocimientos en materia de cuidado, prevención y atención a la salud que repercutió en la transformación de las prácticas y representaciones sociales. Esto debido a la existencia de múltiples posturas y modelos explicativos en torno a la forma en que conceptualizamos la enfermedad, aprendemos a tratarla y le damos sentido a la forma de habitar un fenómeno como la contingencia sanitaria.

El confinamiento en los hogares y las complicaciones que hubo en los centros hospitalarios, debido a la alta demanda de servicios médicos, influyó en el desarrollo de habilidades y conocimientos en torno a la forma en que es detectado un padecimiento o malestar que pudiera afectar la salud física, mental o social de las y los jóvenes, o de otras personas dentro de sus respectivas viviendas. La detección de padecimientos estuvo directamente vinculada con la presencia de signos o síntomas, que en general impedían el desarrollo de actividades con normalidad, y por ello, a lo largo de los dos primeros años se presentaron dinámicas de detección y diagnóstico de síntomas en los casos de: enfermar de COVID-19; presentar alguna otra dolencia física, mental o emocional; vivir con alguna comorbilidad; u otras situaciones que pudieran afectar la sensación de bienestar individual o comprometer la salud colectiva. En cuanto se detectaba algún padecimiento, las juventudes declararon preferir contactar a sus médicos de cabecera.

Esto no obstruyó la presencia de retos frente a la infodemia, dado que las y los jóvenes recurrieron a distintos medios para informarse sobre su salud y contrastar la información, que pudo ser hecho a partir de criterios de investigación adquiridos durante sus procesos formativos universitarios. Durante la pandemia del COVID-19, encontrarse con rumores, chismes o información poco verídica, fue una situación que complicó distintos aspectos: sobre la atención médica promovió tratamientos no recomendados y fomentó la desconfianza en los sistemas de salud, incidiendo negativamente en el seguimiento de las medidas de seguridad; así mismo se difundieron mitos sobre la transmisión del virus, lo que tuvo consecuencias negativas para

la salud física y mental, al producir mayor incertidumbre en el fenómeno epidemiológico. En respuesta a ello, la mayoría de los jóvenes optaron por sostener la comunicación con sus médicos familiares para atender la COVID-19, pero igualmente recurrieron a las redes sociales, artículos científicos y comunicados oficiales.

Bajo este contexto de flujos informativos, ciertos y falsos, y conocimientos para el tratamiento y la curación en salud, las juventudes universitarias con sus familias adoptaron un conjunto extenso de prácticas para la prevención y la atención a la salud, con el fin de conservar y/o alcanzar un estado óptimo de salud, que les permitiera realizar sus actividades. Por lo tanto, la percepción del entorno y los procesos cognitivos de las y los jóvenes en su entorno familiar, dieron forma a las estrategias de autocuidado.

Como ejemplo de esta situación, respecto a rumores en salud y cómo esto se tradujo en prácticas de atención, está el caso del discurso que indicaba que en jóvenes la COVID-19 les afectaba menos o que sus procesos de recuperación eran más exitosos que los que corresponden a la población mayor de 60 años u otros grupos vulnerables. Esto indujo, a que algunas y algunos jóvenes tomaran un papel importante en la vivienda para cubrir distintas necesidades, como realizar las compras, acompañar en los procesos de curación de otras personas o trabajar, de forma que las poblaciones de riesgo disminuyeran su posible exposición al virus y el acontecimiento afectara en la menor medida posible.

Las prácticas de prevención y atención durante la pandemia fueron caracterizadas a partir de tres condiciones: el uso de distintas herramientas u objetos; la resignificación de ciertas actividades como parte del cuidado y la atención; y las estrategias que fueron sometidas a cuestionamientos sobre su funcionalidad. En primer lugar, los referentes más importantes sobre los objetos que se integraron o reforzaron en los estilos de vida fueron: el cubrebocas, el gel antibacterial, los sanitizantes y desinfectantes. Por otra parte, actividades relacionadas con el deporte, el ocio y el descanso, comenzaron a tomar relevancia respecto a la atención física y mental. Mientras que estrategias como la vacunación, la ingesta de fármacos, el uso de remedios naturales, congregaron prácticas cuyo seguimiento o realización, podía estar determinada por la confianza en el tratamiento.



Estas distintas estrategias, actos y medidas para prevenir y atender a la salud, involucraron procesos de resignificación, sea por la frecuencia de la práctica o por tensiones entre el discurso y las nociones de seguridad. Las prácticas transitaron por distintos significados, en los que inicialmente involucraron la incomodidad o molestia hacia las medidas y la situación que impulsaba su uso, mientras que con el paso de tiempo adquirieron connotaciones sobre los cuidados y la seguridad, dotándolos de características integradoras. Es decir, cuando una persona con un seguimiento apropiado de las medidas de seguridad permitía que otras se sintieran y actuaran en confianza hacia esta dada la seguridad que podían sentir; mientras que hacer caso omiso de las prácticas de prevención podía dar lugar al establecimiento de distancia con la persona, ocasionaba inseguridad en las y los jóvenes, y por tanto podía ser un factor excluyente.

Alternadamente, a razón del incremento de las nociones de seguridad, hubo algunos acontecimientos que modificaron de nueva cuenta la realización de estas medidas de prevención, vinculados con dos acontecimientos dieron lugar a la reducción de la implementación de las estrategias mencionadas. Por una parte, las jornadas de vacunación por COVID-19 generaron una percepción de seguridad al reducir considerablemente las probabilidades de hospitalización de toda la población, por lo que la vulnerabilidad y los riesgos ante infectarse de la SARS-CoV-2 fue reducida. Por otro lado, la tasa de hospitalización se vio reducida, especialmente al presentar síntomas más leves al padecer la enfermedad, lo que reforzó las ideas de seguridad. Sin embargo, la sana distancia y el aislamiento fueron estrategias que se mantuvieron, especialmente durante el padecimiento de alguna enfermedad.

La ingesta de fármacos, o remedios naturales, para el tratamiento de la sintomatología en el caso del COVID-19, así como el aislamiento en el hogar, surgió de la necesidad dentro de las unidades domésticas de establecer estrategias que permitieran atenderse entre sí, o al *enfermo*, sin vulnerabilizar al resto del grupo. De esta forma, a partir del uso de este tipo de tratamientos se podía procurar la disminución y el control de los síntomas, procurando evitar padecimientos de gravedad que pudieran llegar a involucrar la asistencia hospitalaria.

A lo largo de la investigación las redes de apoyo tuvieron un papel relevante dentro de los PSEA. Esto se debió a que desde la interacción con las personas cercanas a las y los jóvenes, dentro de su entorno inmediato o con quienes mantuvieron contacto a la distancia, pudieron paliar los efectos de malestares físicos, mentales y/o emocionales. Por tanto, podemos decir que es a través de las interacciones que mantenían individualmente con otras personas y los espacios por los que se ejecutaban las prácticas, las afectaciones por cualquier padecimiento resultaron ser menores en relación con los retos que involucró al momento de paliar, detectar, diagnosticar, atender, cuidar, curar y prevenir los malestares o las enfermedades. De esta forma, la prevención y atención a la salud, posibilitó reconfigurar el entendimiento de las enfermedades y sus efectos a nivel individual y colectivo tanto para la COVID-19 como para padecimientos como la ansiedad y/o la depresión.

En conclusión, este estudio aporta una visión integral y crítica sobre las prácticas y representaciones sociales que tienen los estudiantes universitarios sobre la prevención y atención a la salud. Mediante una metodología cualitativa se indagaron las percepciones, actitudes y comportamientos de los jóvenes ante las medidas de seguridad sanitaria, así como los factores que condicionan su acceso y uso. Esta tesis ha evidenciado los retos que afrontaron las y los estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19, que además de lidiar con las dificultades económicas, políticas y sociales derivadas de este fenómeno, tuvieron que enfrentarse a las tensiones derivadas del uso de las TIC en su formación; el estrés psicológico; la incertidumbre sobre el futuro; y la propia adopción de estrategias de prevención y atención a la salud.

Asimismo, este estudio es un testimonio de la resiliencia y el compromiso de las y los estudiantes universitarios que lograron continuar sus estudios en medio de una crisis sanitaria global. Se destaca que este periodo no solo involucró estrategias para el aprendizaje en línea, sino que también favoreció el autocuidado y la atención a la salud, como parte importante del desarrollo personal y social. De esta manera, se reconoce el desarrollo de habilidades y competencias que servirán para el futuro, como la resiliencia, la creatividad y la colaboración.

La adopción de las medidas de seguridad durante el confinamiento ha sido un factor clave para prevenir el contagio y las complicaciones por COVID-19. Sin embargo, ante la disminución de la percepción de riesgo y vulnerabilidad, algunas personas pueden abandonar estas prácticas y exponerse a nuevos brotes de la enfermedad. Por esta razón, considero relevante investigar cómo se producen estos cambios de comportamiento en un contexto en el que se ha declarado el fin de la pandemia a nivel nacional (Soriano, 9 de mayo de 2023) e internacional (BBC News Mundo, 5 de mayo de 2023), y se ha pasado a una fase de endemia, en la que el virus sigue circulando, pero con menor incidencia y gravedad. Así, se podrá entender mejor cómo se adaptan las juventudes, sus familias y las instituciones a esta nueva realidad y qué medidas preventivas siguen siendo necesarias.



# Referencias

Asociación Coordinadora Comunitaria de Servicios para la Salud [ACCSS] (2016). *Técnicas participativas investigación Social*. Guatemala C.A.: Kiib'.

Acosta-Quiroz, J. y Iglesias-Osores, S. (2020). COVID-19: Desinformación en redes sociales. *Rev. cuerpo méd.* Vol. 13, N. 2. pp: 217-218.

Anzaldúa Arce, R. (2021). Subjetividades juveniles en el confinamiento. *Argumentos. Estudios Críticos De La Sociedad*, 2(96), 19-37. <https://doi.org/10.24275/uamxoc-dcsh/argumentos/2021962-01>

Arias Guzmán, E. J., Arsaluz Solano, S., Chapa Miñana, O. Contreras-Saldaña, M., Cota Díaz, E. C., Figueroa Peña, D., Guillén López, T., Pérez Medina, S., Rosas Arellano, J., Luna Díaz, J., Ordóñez Barba, G., Padilla Delgado, H., Pedrotti, C. I., Sánchez Bernal, A., Solís Sánchez, P., Tapia Uribe, M., Vázquez Martínez, G. y Ziccardi, A. (2021). *Habitabilidad, entorno urbano y distanciamiento social*.

Arroyo-Sánchez, AS, Cabrejo, J. y Cruzado, M. (2020) Infodemia, la otra pandemia durante la enfermedad por coronavirus 2019. *An Fac med.* Vol. 81. N. 2. pp. 230-233. DOI: <https://doi.org/10/15381/anales.v81i2.17793>

Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V. Ramos-Cedeño, L. & Medina-López, O. M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 9(2), 127-134.

Barajas Sandoval, L. C. (2016). Prácticas sociales y cuerpos recuperados: reconfigurar lo propio para sobrevivir. *Nómadas*. 45. pp. 253-262.

Barragán, A. (26 de julio de 2021). El desempleo retrocede en junio respecto al año pasado durante el confinamiento, pero se estanca después de la reactivación económica. 8 de cada 10 empleos creados en la pandemia son informales. *El país*. <https://elpais.com/mexico/2021-07-26/mexico-recupera-casi-medio-millon-de-empleos-a-costa-de-la-informalidad.html>

BBC News Mundo, (5 de mayo de 2023). La OMS declara el fin de la emergencia sanitaria global por la COVID-19. [https://www.bbc.com/mundo/noticias-65500141.amp?fbclid=IwAR-01kPSyYVEJmzNwF2yL27pxhTpeqJcHsb1hgVhWvJISyBKQ1zyTBMLVtBe\\_aem\\_th\\_AQQja6kgIBwkqrkFYBKnbPjUTujDnIE1rVDLdg3k8OgqdLEvkO1k-mew5NZFBAle5OBo&mibextid=Zxz2cZ](https://www.bbc.com/mundo/noticias-65500141.amp?fbclid=IwAR-01kPSyYVEJmzNwF2yL27pxhTpeqJcHsb1hgVhWvJISyBKQ1zyTBMLVtBe_aem_th_AQQja6kgIBwkqrkFYBKnbPjUTujDnIE1rVDLdg3k8OgqdLEvkO1k-mew5NZFBAle5OBo&mibextid=Zxz2cZ)

Beneduce, R. (2006). Enfermedad, persona y saberes de la curación. Entre la cultura y la historia. *Anales de Antropología*. Vol 40. pp. 77-131.

Bickel, A. (1999). Concepción dialéctica y el triple autodiagnóstico. *Red mesoamericana de educación popular Alforja*.

BMJ Best Practice (s.f.) Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201/aetiology#:~:text=Algunos%20estudios%20sugieren%20que%20el,los%20pangolines%20y%20los%20visones>

Bryman, A. y Bell, E. (2016) *Business Research Methods*. 3rd Edition.

Canales Cerón, M. [Coordinador - Editor] (2006). *Metodologías de investigación social*.

Castro, R. (2010). *Teoría Social y Salud*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Cotonieto-Martínez, E. y Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *JONNPR*. 6(2). DOI: 10.19230/jonnpr.3816

de Almeida-Filho, N. (2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús*. DOI: 10.18294/sc.2021.3748

Diccionario del Español de México (s.f.) Cuidar. <https://dem.colmex.mx/ver/cuidar>

Forbes Staff (30 de junio de 2020). Empleo informal en México alcanza más del 51% de la población en edad de trabajar. *Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/economia-empleo-informal-en-mexico-crece-4-1-durante-la-pandemia/>

Freyermuth, G. & Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos*. N. 20. pp. 9-28.

Fundéu RAE | Fundación del Español Urgente. (12 de enero de 2021). "El/la COVID-19", Nombre de la Enfermedad del Coronavirus. <https://www.fundeu.es/recomendacion/COVID-19-nombre-de-la-enfermedad-del-coronavirus/>

García-Rodríguez, A., Govezensky, T., Gershenson, C., Naumis, G. G., & Barrio, R. A. (2021). Extracting real social interactions from social media: a debate of COVID-19 policies in Mexico. 1-7.

Gobierno de México (s.f) Semáforo Epidemiológico. <https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>

Gobierno de México (2020a). *Lineamientos de Reversión Hospitalaria*. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reversión-Hospitalaria.pdf>

Gobierno de México (2020b). NUEVA NORMALIDAD. COVID-19 Medidas Económicas. <https://www.gob.mx/COVID19medidaseconomicas/acciones-y-programas/nueva-normalidad-244196>

Guevara Álvarez, A., Pedroza Vargas, M. E., Rodríguez García, E., Velasco Sánchez, Y., & Torres Calderón, J. C. (2020). Resignificación de la Interdependencia generacional a través de la investigación participativa. En M. Martínez Salgado, & T. R. García, *Vejez y envejecimiento: migración, condiciones de vida e interdependencia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 121-137.

HackeoCultural (2020). Hackear la Pandemia V. 1.1. Estrategias narrativas en tiempos de COVID-19. <https://hackeocultural.org/telar-narrativo/foro/hackear-la-pandemia/>

Hernández Nava, H., Hernández González, G., Garbus, P. (2020). Varones adolescentes en un contexto rural mexicano: sufrimiento psíquico y cuidado entre pares. *SALUD COLECTIVA*. DOI: 10.18294/sc.2020.2266

Herrera Galeano, A. M., & Rico Malacara, A. Y. (2021). La construcción social del riesgo. Claves analíticas para comprender la pandemia de Covid-19 en México: el caso de la Jornada Nacional de Sana Distancia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 66(242), 215–249.

Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología Sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*. 55. N. 5. pp. 512 - 518.

IMSS. (2020) Sana Distancia y medidas generales de higiene, principales recomendaciones ante el retorno a la Nueva Normalidad. No. 382/2020. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/382>

INEGI (2017). Metodología de Indicadores de la Serie Histórica Censal. [https://inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/cpvsh/doc/serie\\_historica\\_censal\\_met\\_indicadores.pdf](https://inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/cpvsh/doc/serie_historica_censal_met_indicadores.pdf)

Jaramillo Marín, J. (2012). Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes de discurso. Una aproximación conceptual a partir del Análisis Crítico del Discurso. *Entramado*. 16. pp. 124-136.

Kaufman, J. S., y Mezones-Holguín, E. (2013). Una Epidemiología Social para América Latina: una necesidad más allá de la reflexión sobre las Inequidades en Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 543-546. DOI:10.17843/rpmesp.2013.304.230

Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Porteny, T., Touchton, M., Sánchez-Talanquer, M., Méndez, Ó., Chertorivski, S., Ortega, S., Chudnovsky, M., Kuri, P., Gómez, S. A., Balise, R., Cravioto, M. B., Bouzoubaa, L., Burke, K. J., Cairo, A., Farill, C. E. C., Da Silva, F., Martínez, D. A. Dí., ... Bautista, J. R. (2021). Not far enough: Public health policies to combat COVID-19 in Mexico's states. *PLoS ONE*, 16(6 June), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251722>

*La Cura del virus: Reglas*. Cazadores de Escapes. (s.f.). <https://www.cazadoresdeescapes.es/lacuradelvirus/>

*Ley General de Salud*, [L.G.S.] Reformada, Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 4 de diciembre de 2020, (México).

Llano Guibarra, N. y Aguila Sánchez, J. (2020). Conferencias de prensa y COVID-19: explorando la respuesta gubernamental mexicana desde la comunicación en salud. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*. Suplemento 1. 128-141. <https://doi.org/10.20318/recs.2020.5451>

Martorell Fernández, S. y Canet Centellas, F. (2013) Investigar desde Internet: Las redes sociales como abertura al cambio. *Historia y Comunicación Social*. Vol. 18. N° Especial Noviembre. pp. 663-675. [https://doi.org/10.5209/rev\\_HICS.2013.v18.44276](https://doi.org/10.5209/rev_HICS.2013.v18.44276)

Martínez Garza, F.J., & González Treviño, M. E. (2021). Medios de comunicación y medios sociales en tiempos de COVID-19. *Comunicación*, (45), 14–29. <https://doi.org/10.18566/comunica.n45.a02>

Martínez Hernández, Á. (2011). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*.

Medina Verástegui, J., Alcántara Valdivia, P, Aramburu Ostos, V. R., Arca Gonzales del Valle, J.M., Benito Masías, M., Franco Paredes, G., Jiménez Alva, R., Miní Díaz, E. H., Pereyra Zaldívar, H., Sánchez Ramírez, M., Bendezú Watanabe, C., Escalante Guzmán, G., Lazo Gonzales, O., Amemiya, I. (2000). *Salud Comunitaria*.

Méndez, F. (2021). Las inequidades en la emergencia , las manifestaciones y las consecuencias del COVID19. *Colomb Med (Cali)*. 52 (1) <http://doi.org/10.25100/cm.v52i1.4778>

Menéndez, E. (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*. 28 (3). <http://hdl.handle.net/10481/22988>

Menéndez, E. (2009). Modelos, Saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. pp. 25-72.

Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*. Vol. XX. No. 2.

Meyerowitz, E. A., Richterman, A., Gandhi, R. T. & Sax, P. E. (2021) Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. <https://doi.org/10.7326/M20-5008>

Minkler, M. (2005). Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *Journal of Urban Health*, 82(SUPPL. 2), pp. 3-12. DOI:10.1093/jurban/jti034

Mínguez Arias, J. (2000). Antropología de los cuidados. *Cultura de los cuidados*. Año IV. No. 7 y 8. pp. 102 - 106.

Miranda, J. (s.f.) Antropología Médica. *Revista de la facultad de medicina*. pp. 542 - 543.

Miranda, P., y Morales, A. (2020). Se confirma primer caso de coronavirus en México. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/coronavirus-en-mexico-confirman-primer-caso>.

Murcia, N., Jaimes, S. S. & Gómez, J. (2016). La práctica social como expresión de humanidad. *Cinta moebio*. 57. pp. 257-274. DOI: 10.4067/S0717-554X2016000300002

CEPAL - Naciones Unidas (s.f.). Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. *Agenda 2030 en América Latina y el Caribe* <https://agenda2030lac.org/es/ods/3-salud-y-bienestar>



Nieves-Cuervo, G., Manrique-Hernández, E., Robledo-Colonia, A. y Grillo Ardila, E. (2021). Noticias falsas y tendencias de mortalidad por COVID-19 en seis países de América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 45, 1-7. DOI: 10.26633/RPSP.2021.44

O'Campo, P., y Dunn, J. R. (2012). Rethinking social epidemiology: Towards a science of change. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2138-8>

Oakes, J. M. Y Kaufman, J. S. (2017). *Methods in Social Epidemiology* (2a ed.).

Organización Panamericana de la Salud, (2021a). COVID-19 y comorbilidades en las Américas: Herramienta práctica para estimar la población con mayor riesgo y riesgo alto de COVID-19 grave debido a afecciones de salud subyacentes en las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53253>

Organización Panamericana de la Salud, (2021b). COVID-19 y comorbilidades en las Américas: Preguntas frecuentes. <https://www.paho.org/es/documentos/COVID-19-comorbilidades-america-preguntas-frecuentes>

Organización Panamericana de la Salud, (2023). Coronavirus. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>

Peláez-Ballestas, I., Infante-Castañeda, C., Giraldo-Rodríguez, L. (2021). Comparison between Covid-19 and influenza A(H1N1) pandemic experiences and risk perception in a Mexican University. *Salud Pública de México*. Vol. 63, No. 5.

Pernalete Ruiz, M. E., y Villasana López, P. (2018). De la Crítica a la Práctica en Epidemiología, a la Práctica de una Epidemiología Crítica de Construcción Socio-comunitaria. *Saber*, 30, pp. 37-52.

Pulido Fuentes, M. y da Silva Vieira Martins, M. (2018). Una mirada antropológica en torno al cuidado. Desafíos y oportunidades. *Documentación Social*. 187. pp 69-84.

Rueda Ortiz, R. (2008) Cibercultura: metáforas, prácticas sociales y colectivos en red. *NÓMADAS*. No. 28. pp. 8-20.

Saldarriaga, E. A. (2013). Integración de métodos cuantitativos y cualitativos en epidemiología: una necesidad imperante. *CES Salud Pública* (4), 60-64.

Segura del Pozo, J. (2006) Epidemiología de campo y epidemiología social. *Gac Sanit*. 20 (2). pp. 153-158.

Secretaría de Salud (s.f.). Inicio. Vacuna COVID. <https://vacuna.COVID.gob.mx/calendario-vacunacion/>

Secretaría de Salud (2020). Lineamientos de reconversión hospitalaria. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>

Sixto-Costoya, A., Lucas-Domínguez, R., y Agulló-Calatayud, V. (2021). COVID-19 and its repercussion on addictions. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 21(1), pp. 259–278. <https://doi.org/10.21134/HAAJ.V21I1.582>

Soriano, R. (9 de mayo de 2023). México decreta el final de la emergencia sanitaria de la COVID-19. *El País*.  
<https://elpais.com/mexico/2023-05-09/mexico-decreta-el-final-de-la-emergencia-sanitaria-de-la- COVID-19.html>

Tavera Fenollosa, L., & Martínez Carmona, C. A. (2021). Jóvenes universitarios y la Covid-19: una mirada desde la categoría de acontecimiento. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 66(242), 313–343.

Vélez-Álvarez, C., Pico-Merchán, M. E., Escobar-Potes, M. P. & Jaramillo-Ángel, C. P. (2022). Espacios educativos universitarios: Una mirada desde los estudiantes. *Cultura, Educación y Sociedad*. Vol. 13. No. 2: 249-266.  
<http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.13.2.2022.14>

World Health Organisation (2020a). Mask use in the context of COVID-19.  
<https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel->

## Comunicaciones personales

Comunicado personal, Natalia (22/05/2021). *Entrevista Introductoria*. Entrevista virtual realizada el 22 de mayo de 2021. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Sam (22/05/2021). *Entrevista Introductoria*. Entrevista virtual realizada el 22 de mayo de 2021. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Sandra (24/05/2021). *Entrevista Introductoria*. Entrevista virtual realizada el 24 de mayo de 2021. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Abigail (19/05/2021). *Entrevista Introductoria*. Entrevista virtual realizada el 19 de mayo de 2021. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Natalia (08/06/2021). *Conceptos y experiencia de contagio de Natalia*. Entrevista virtual realizada el 8 de junio de 2021. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Alberto (20/01/2022). Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria. Entrevista virtual realizada el 20 de enero de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Ana (03/02/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista virtual realizada el 3 de febrero de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Camila (03/02/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista virtual realizada el 3 de febrero de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Diana (03/02/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista virtual realizada el 3 de febrero de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Daniela (04/02/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista virtual realizada el 4 de febrero de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Sam (17/02/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista virtual realizada el 17 de febrero de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Brisa (17/02/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista virtual realizada el 17 de febrero de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Carlos (04/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 4 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Javier (16/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 16 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Israel (18/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 18 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Cecilia (22/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 22 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Dante (22/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 22 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Manuel (23/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 23 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Martha (23/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 23 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Damián (24/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 24 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Enrique (24/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 24 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, José (24/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 24 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, David (28/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 28 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

Comunicado personal, Valeria (28/03/2022). *Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria*. Entrevista presencial realizada el 28 de marzo de 2022. Registro en audio. Morelia, Michoacán, México.

# Anexos

## Anexo 1

**Eje de entrevista 1:** Entrevista Introductoria

**Temporalidad:** Mayo 2021, distintas fechas.

**Objetivo:** Obtener información sobre las características sociodemográficas y académicas de las y los estudiantes; conocer el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud física y mental de las y los estudiantes; identificar las dificultades, estrategias, apoyos y aprendizajes que han experimentado las juventudes durante la educación a distancia; explorar las formas de cuidado y prevención que adoptaron los estudiantes frente al COVID-19; y, generar hipótesis o preguntas para una investigación más profunda sobre el tema.

1. ¿Cuántos años tienes?
2. ¿Qué estudias? ¿En qué escuela?
3. ¿En qué semestre vas?
4. ¿Realizas alguna otra actividad?
5. ¿Con quién vives?
6. ¿Has enfermado de COVID-19?
7. ¿Te has hecho alguna prueba de COVID-19? ¿Porqué?
  - A. En caso de hacerla, ¿Qué te hizo sentir el resultado?
  - B. ¿Presentaron algún síntoma? ¿Cuáles?
8. ¿Cómo ha afectado la pandemia a tu vida académica y personal?
9. ¿Qué estrategias has utilizado para adaptarte a la modalidad de educación a distancia?
10. ¿Qué dificultades o desafíos has enfrentado durante este periodo?
11. ¿Qué apoyos o recursos has recibido o buscado para sobrellevar la situación?
12. ¿Qué aprendizajes o cambios positivos has obtenido de esta experiencia?
13. ¿Cómo te cuidas?
14. ¿Has presentado retos llevando a cabo los cuidados?
15. ¿Qué te hace sentir segura/o/e?

## Anexo 2

**Eje de entrevista 2:** Conceptos y experiencia de contagio de Natalia

**Fecha:** 08/06/2021

**Objetivo:** En esta entrevista se busca conocer la perspectiva y los sentimientos de Natalia, una estudiante universitaria que vivió el contagio de COVID-19 en su familia. Se exploran sus conceptos sobre la salud, el bienestar y el riesgo, así como los cambios, impactos y tratamientos que enfrentó durante y después de la enfermedad.

1. ¿Qué entiendes por salud?
2. ¿Qué es el bienestar para ti?
3. ¿Qué entiendes por situación de riesgo a la salud?
4. ¿Cómo fue la experiencia en tu familia de enfermar de COVID-19?
5. ¿Quiénes enfermaron?
6. ¿Tuviste que cuidar de alguno de ellos?
7. ¿Qué cambios fueron necesarios durante el episodio?
8. ¿Qué impactos describirías que tuvo la enfermedad en tu vida?
9. ¿Tuviste que continuar con la escuela al enfermar? En caso de ser así, ¿Cómo organizaste tus actividades?
10. ¿Enfermar implicó algún efecto secundario una vez terminado el episodio?
11. ¿Qué tratamientos implementaron durante el padecimiento?
12. ¿Hicieron algo en especial una vez concluido el episodio de la enfermedad?

## Anexo 3

**Cuestionario:** Cambios y Retos para los Estudiantes Universitarios en Morelia; Contingencia Sanitaria por COVID-19. Título reducido: Cambios y Retos por COVID-19.

**Fechas de aplicación:** Diciembre 2021-Enero 2022

**Descripción:** Este cuestionario consta de un total de 45 preguntas (10-15 min. aproximadamente). Está diseñado con la finalidad de poder visualizar las repercusiones que ha tenido la pandemia por COVID-19 en los estudiantes de la licenciatura en Estudios Sociales y Gestión Local, de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, UNAM. En la ciudad de Morelia, a partir de distintas variables y ejes de las interacciones con otras personas, las percepciones alrededor del tema y algunas problemáticas.

1. ¿Cuál es tu nombre?  
o ¿Bajo qué seudónimo  
o apodo te gustaría ser  
nombrado/a?

2. ¿Cuántos años tienes?

3. ¿Con qué género te  
identificas?

- Hombre
- Mujer
- No Binario
- Prefiero no decir
- Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es tu correo  
electrónico?

5. ¿En qué año ingresaste  
a la universidad?

6. ¿En qué grado vas de  
tu carrera?

7. ¿En qué colonia vives?

8. ¿Qué tipo de vivienda  
habitas?

- Casa
- Departamento
- Cuarto o Estudio

9. Donde vives es:

- Propio
- Rentado
- Prestado
- Otro: \_\_\_\_\_

**10.** ¿Con quién vives?

- Familia (Padre, Madre, hermanas/os, primas/os, ...)
- Amigas/os o compañeras/os
- Pareja
- Sola/o/x
- Otro: \_\_\_\_\_

**11.** Contándote a ti, ¿Cuántas personas viven en tu actual hogar?

**12.** ¿Con cuántas personas compartes habitación?

- No comparto habitación
- 1
- 2
- 3 o más

**13.** Marca las actividades que realizabas ANTES de la COVID-19:

- Trabajo doméstico
- Trabajo remunerado
- Apoyo en tareas familiares
- Compra de alimentos
- Cuidado de las infancias
- Atención a personas mayores
- Cuidado de personas que padecen alguna enfermedad

**14.** Marca las actividades que has realizado durante la COVID-19 (2020 - 2021):

- Trabajo doméstico.
- Trabajo remunerado.
- Apoyo en tareas familiares.
- Compra de alimentos.
- Cuidado de las infancias.
- Atención a personas mayores.
- Cuidado de personas que padecen alguna enfermedad.
- Cuidado de personas mientras padecieron COVID-19.

**15.** Actualmente, ¿Cuáles de las siguientes actividades realizas?, ¿Con qué regularidad?

(0 = No lo hago,  
1 = Rara vez,  
2= De vez en cuando,  
3= Regularmente)

- Hacer ejercicio \_\_
- Quehaceres del hogar \_\_
- Cuidar a alguien \_\_
- Ir de fiesta, al cine, bares, otros \_\_
- Ir con un psicoterapeuta \_\_
- Leer \_\_
- Jugar juegos de mesa o videojuegos \_\_
- Pasear en la ciudad \_\_
- Viajar a otras ciudades \_\_
- Ir al parque \_\_
- Ir a zonas naturales (fuera de la ciudad) \_\_

**16.** ¿Cuáles de las siguientes actividades realizabas ANTES de la contingencia sanitaria? ¿Dejaste de hacer alguna?

(0 = No lo hice,  
1 = Si lo hacía,  
2= Dejé de hacerlo)

- Hacer ejercicio \_\_
- Quehaceres del hogar \_\_
- Cuidar a alguien \_\_
- Ir de fiesta, al cine, bares, otros \_\_
- Ir con un psicoterapeuta \_\_
- Leer \_\_
- Jugar juegos de mesa o videojuegos \_\_
- Pasear en la ciudad \_\_
- Viajar a otras ciudades \_\_
- Ir al parque \_\_
- Ir a zonas naturales (fuera de la ciudad) \_\_

**17.** ¿A lo largo de la contingencia llegaste a presentar complicaciones en alguna de las siguientes actividades?

(0 = Sin complicaciones,  
1 = Con pocas complicaciones,  
2 = Muy complicado)

- Proveer de alimentos \_\_
- Trabajar \_\_
- Caminar y hacer deporte \_\_
- Cuidar las mascotas \_\_
- Compartir espacios en el hogar \_\_
- Acceder a medicamentos o tratamientos. \_\_
- Hacer las actividades escolares \_\_
- Contar con condiciones de salubridad en casa \_\_

**18.** ¿Actualmente con qué frecuencia realizas las siguientes actividades?

(0 = No lo hago,  
1 = Rara vez,  
2= De vez en cuando,  
3= Regularmente)

- Asistir a reuniones o eventos públicos \_\_
- Asistir a reuniones sociales con familia o amigos \_\_
- Atender o apoyar a personas que lo necesitan \_\_



**19.** ¿En qué modalidad llevas a cabo las siguientes actividades?  
(0 = No lo hago,  
1 = Virtual,  
2 = Híbrido,  
3 = Presencial)

- Estudiar \_\_\_\_
- Trabajar \_\_\_\_
- Ejercicio \_\_\_\_
- Ocio \_\_\_\_
- Mandado \_\_\_\_
- Atención Médica \_\_\_\_

**20.** ¿Con qué afirmaciones te has llegado a identificar durante la contingencia?

- He sentido que la interacción con otros es más complicada.
- He sentido que la interacción virtual es incómoda.
- Me he sentido vulnerable de enfermarse al salir de paseo.
- Me he sentido vulnerable al quitarme el cubrebocas.
- Me he quitado el cubrebocas a petición de alguien más, aunque no quiera.
- Me he sentido más irritada/o de lo habitual.
- Me he sentido triste o desanimada/o.

**21.** ¿Has enfermado de COVID-19?

- Sí
- No
- Lo desconozco

**22.** ¿Te has realizado alguna prueba de COVID-19? ¿Cuál?

- No \_\_\_\_
- PCR
  - Antígenos
  - Anticuerpos

**23.** ¿Cuántas pruebas te has realizado?  
\_\_\_\_

**24.** ¿Algún familiar o persona cercana a ti, ha enfermado por COVID-19?

- Sí
- No

**25.** ¿Has apoyado en el cuidado de algún familiar o persona que haya enfermado de COVID-19?

- Sí
- No

(Si la respuesta en la pregunta 21 es negativa, saltar hasta la pregunta 29)  
**26.** Después de tu diagnóstico, ¿pudiste aislarte para no contagiar a otras personas?

- Sí
- No
- Más o menos

**27.** ¿Durante el padecimiento tuviste que hacer alguna de las siguientes actividades?

- Trabajar.
- Estudiar.
- Hacer el mandado.
- Cuidar a alguien.
- Ir al médico o al hospital.
- Acompañar a alguien al médico u hospital.

**28.** Durante este periodo, ¿Contaste con la atención de alguien hacia ti?

- Familiar
- Amiga/o
- Personal de salud
- Me cuide yo misma/o

**29.** ¿Te has vacunado para la COVID-19?

- Sí
- No

**30.** ¿Cuántas dosis de vacunas has recibido?

- 1
- 2 o esquema completo
- 3 o Refuerzo

**31.** ¿Te identificas con alguna de las siguientes oraciones?

- Vacunarme me hace sentir más segura/o.
- Desconfío de las vacunas y su contenido.
- Me resulta indiferente.

**32.** Al salir de tu hogar, ¿Qué medidas de seguridad sigues? ¿Con qué regularidad?

(0 = No lo hago,  
1 = Rara vez,  
2= De vez en cuando,  
3= Regularmente,  
4 = Siempre)

- Uso de cubrebocas \_\_\_\_
- Sana distancia \_\_\_\_
- Uso de gel antibacterial \_\_\_\_
- Lavado de manos constante \_\_\_\_

**33.** Marca bajo qué situaciones sueles decidir omitir una o varias medidas de seguridad.

- Al estar en espacios de libre acceso al público.
- Al comer en espacios públicos.
- Al estar en espacios al aire libre.
- Al estar en espacios privados.
- Al recibir visitas o visitar a alguien.

**34.** ¿Qué medidas de seguridad sueles omitir en esas situaciones?

- Uso de cubrebocas.
- Sana distancia.
- Uso de gel antibacterial.

**35.** ¿Alguna de las medidas de seguridad necesarias en los establecimientos te resulta incómoda?

(1 = No,  
2= Sí)

- Usar cubrebocas \_\_\_\_
- Usar gel antibacterial \_\_\_\_
- Tomar la temperatura \_\_\_\_

**36.** Actualmente, en tu vivienda, ¿Qué prácticas de cuidado siguen y con qué regularidad?

- (0 = No lo hago,  
1 = Rara vez,  
2= De vez en cuando,  
3= Regularmente  
4= Siempre)
- Sanitización de cuerpo completo.
  - Limpieza de productos del mandado.
  - Ejercicio físico.
  - Hacer las compras individualmente.
  - Evitar ir a fiestas (Incluyendo eventos familiares).
  - Evitar traslados innecesarios.
  - Aislarse en caso de alguna infección o enfermedad.

**37.** De estas estrategias de cuidado, en tu vivienda, ¿cuáles realizaban antes del periodo de contingencia sanitaria?

- Aislarnos al enfermar.
- Desinfectar superficies.
- Usar cubrebocas al enfermar.
- Lavado de manos constante.
- Usar gel antibacterial.

**38.** Selecciona las acciones que te hacen sentir seguro/a cuándo convives con algún amigo o familiar.

- Reunirnos en espacios al aire libre.
- Usar cubrebocas todo el tiempo, a excepción de cuándo vamos a comer.
- Reunirnos en casa u otros espacios privados.
- Convivir de manera virtual.
- No tengo complicaciones para sentirme seguro en cualquier situación.

**39.** ¿Qué tan informada/o sobre tu salud te consideras?

- Bien informada/o.
- Más o menos.
- Poco informada/o.
- Nada.

**40.** ¿A qué espacios o con quién recurre para informarte en salud?

- Con mi médico familiar.
- En redes sociales.
- Con Artículos de difusión científica.
- Centros de salud, u Hospitales.
- Otra: \_\_\_\_\_

**41.** ¿Cuáles de estas estrategias procurarás realizar en el futuro?  
(0 = No lo seguiré haciendo,  
1 = No estoy seguro,  
2 = Lo seguiré haciendo)

- Uso de cubrebocas \_\_\_
- Sana distancia \_\_\_
- Uso de gel antibacterial \_\_\_
- Asistir a jornadas de vacunación \_\_\_
- Aislamiento en caso de enfermar \_\_\_

**42.** Bajo qué modalidad consideras apropiado que se desarrollen las siguientes actividades:  
(0 = Virtual,  
1 = Híbrido,  
2 = Presencial)

- Trabajo \_\_\_
- Educación \_\_\_
- Ocio \_\_\_
- Compras \_\_\_
- Atención Médica \_\_\_
- Socialización \_\_\_

**43.** ¿Estás de acuerdo en que la información sea utilizada en una investigación manteniendo la confidencialidad de tus datos personales?

- Sí
- No

**44.** ¿Estarías interesado/a en participar en un grupo de discusión?

- Sí
- No

**45.** ¿Estarías interesado/a en participar en una entrevista individual?

- Sí
- No

## Anexo 4

**Eje de Entrevista 3:** Cambios y Retos debido a la emergencia sanitaria.

**Fecha:** Febrero-Marzo 2022

**Objetivo:** El objetivo de una entrevista con los siguientes cuestionamientos es conocer la percepción y las experiencias de las personas sobre su salud y bienestar, así como los factores que influyen en ellos, especialmente durante la contingencia sanitaria por COVID-19. Estas preguntas buscan explorar aspectos como la convivencia familiar y social, las prácticas de cuidado personal y colectivo, la información sobre salud, el acceso a los servicios médicos y la preparación para el retorno a actividades presenciales.

- I. ¿Con quién vives?
- II. En tu hogar, ¿Cómo se distribuyen las actividades? Sea por edad, género, parentesco. ¿Cambió debido a la contingencia sanitaria?
- III. ¿Durante la contingencia has presentado dificultades al realizar tus actividades, sea en cuestión de regularidad, interrupciones u otro?
- IV. ¿Cuáles fueron las complicaciones que has vivido?
- V. ¿Cómo resolviste o trataste estas situaciones complicadas?
- VI. ¿Qué te hace sentir seguro/a o inseguro/a cuándo convives con tu familia, tus amigos y con otras personas?
- VII. ¿Cuáles son las prácticas de cuidado has adquirido, o generado o convenido con tu familia, con tus amigos o cuando interactúas con otras personas?
- VIII. ¿Hay cambios positivos que identifiques en tu interacción con otros/as?
- IX. ¿Cuáles son esos cambios que identificas?
- X. Durante la contingencia sanitaria, ¿te ha sido más complicado convivir con otros? ¿Qué se te ha complicado?
- XI. ¿Por qué crees que ha sido más complicado?
- XII. ¿Qué tan informado/a sobre tu salud te consideras?
- XIII. ¿A qué espacios o redes recurres para informarte en salud?
- XIV. ¿Qué entiendes por salud o bienestar?

- XV. Considerando lo que dices sobre salud/bienestar, ¿Qué puede representar un riesgo en tu salud?
- XVI. Para ti, ¿Qué son los cuidados? o ¿Qué significa “cuidado”?
- XVII. ¿Cuáles son tus estrategias de cuidado? (Física, Mental o Emocional)
- XVIII. ¿Te has realizado alguna prueba de COVID-19?
- XIX. ¿Has enfermado de COVID-19? ¿Te has vacunado?
- XX. ¿En qué ola te enfermaste?
- XXI. ¿En caso de haber enfermado de COVID-19 hubo algo que te preocupara? ¿Por qué?
- XXII. ¿Cómo cuidaste o cuidaron de ti?
- XXIII. ¿Qué consideras que podría mejorar o que hace falta, en relación con los cuidados colectivos?
- XXIV. ¿Consideras que estamos en condiciones de regresar a actividades presenciales?
- XXV. ¿Qué aspectos consideras que necesitas?
- XXVI. ¿Qué crees que falte mejorar para el retorno a actividades presenciales?
- XXVII. ¿Quién o quiénes necesitan atender estas necesidades?



**ESTUDIOS  
SOCIALES  
Y GESTIÓN  
LOCAL**