

# Prácticas y estrategias de autoatención frente al Covid-19 en una familia de estrato socioeconómico alto en México

NADIA IRINA SANTILLANES ALLANDE Y GABRIELA SÁNCHEZ LÓPEZ

Este trabajo aborda las prácticas y estrategias de autoatención empleadas por los hogares ante el Covid-19. Por medio de la autoetnografía, presentamos el caso de una familia de estrato socioeconómico alto que cuidó en casa a un paciente grave. Además de ofrecer un contrapunto respecto a la gestión que realiza la mayoría de la población de los sectores subalternos, a partir de itinerarios terapéuticos identificamos la importancia de la organización y comunicación entre la familia y el sector salud para el cuidado del paciente. Lo anterior, en medio de un ambiente de conflicto generado por la presión de tomar decisiones con información y tiempo limitados para atender la enfermedad de Covid-19.

PALABRAS CLAVE: Covid-19, autoatención, grupo familiar, autoetnografía, itinerarios terapéuticos

## Self-care Practices and Strategies Against Covid-19 in a Family of High Socioeconomic Status in Mexico

This work addresses the self-care practices and strategies used by households in the face of Covid-19. Through autoethnography, we present the case of a family from a high socioeconomic status who cared for a seriously ill patient at home. In addition to offering a counterpoint regarding the management carried out by the majority of the population of subaltern sectors, from therapeutic itineraries we identify the importance of organization and communication between the family and the health sector for patient care. The foregoing, amid an environment of conflict generated by the pressure to make decisions with limited information and time to attend to the Covid-19 disease.

KEYWORDS: Covid-19, self-care, family group, autoethnography, therapeutic itinerary

NADIA IRINA SANTILLANES ALLANDE

Centro de Investigaciones y Estudios  
Superiores en Antropología Social,  
Unidad Noreste,  
Monterrey, Nuevo León, México  
nadia.santillanes@ciesas.edu.mx

GABRIELA SÁNCHEZ LÓPEZ

Departamento de Psicología, Educación  
y Salud, Instituto Tecnológico y de Estudios  
Superiores de Occidente,  
Universidad Jesuita de Guadalajara,  
Guadalajara, México  
gabriela.sanchez@iteso.mx

## Introducción

**E**n este artículo presentamos las prácticas empíricas que una familia del estado de Chihuahua, de estrato socioeconómico alto, implementó para la atención de un paciente de Covid-19 durante el primer año de la pandemia. El trabajo se sitúa en 2020, cuando gran parte de la información sobre cómo prevenir y actuar ante el virus SARS-CoV-2 provenía de las conferencias vespertinas diarias de la Secretaría de Salud o de redes sociales, en general sin evidencia científica y sustentada en testimonios casi siempre anónimos.

Algunos estudios se han concentrado en los grupos subalternos para entender cómo el Covid-19 afecta a las poblaciones vulnerables (Cruz y Monteiro, 2021; Arceo-Gómez *et al.*, 2021), y han demostrado que los determinantes sociales de salud vuelven selectivos los riesgos e impactan la capacidad de los recursos movilizables. La limitada respuesta institucional se recrudece por el trato diferencial hacia las personas con menos recursos en los centros de atención (Garay y Calderón, 2021). Bajo este panorama, consideramos necesario proponer un contrapunto y hacer una revisión sobre las prácticas que los individuos con un nivel socioeconómico alto pudieron llevar a cabo ante el Covid-19 en sus hogares.

En el caso de la familia de estudio, la movilización y organización fue exhaustiva y decisiva para el cuidado y la recuperación del paciente. La familia buscó información en redes sociales sobre experiencias de éxito y escuchó la orientación de médicos privados sobre los primeros pasos a seguir. Además, tuvo acceso oportuno a insumos, aprendizaje y pruebas, y adquirió equipo para cuidar al paciente<sup>1</sup> y dar seguimiento a la severidad de los signos.<sup>2</sup> También contrató a personal de enfermería que se encargó de atender al paciente en casa, y contó con teleatención de especialistas y hospitalización privada.

---

1 Mascarillas, higienizantes, caretas, guantes y material de laboratorio para toma de muestras a domicilio.

2 Oxímetros, termómetros, baumanómetro, compra y renta de tanques de oxígeno y concentradores.

Todas estas acciones, información e insumos muestran aprendizajes apresurados por parte de los grupos familiares para llevarlos a cabo en momentos de emergencia. El acceso a información y la posibilidad de obtener medicamentos, aunados a las decisiones del grupo familiar, la autocrítica y los consejos de amigos y vecinos, son cruciales para la interpretación, atención y recuperación en casos de enfermedad. Desde la perspectiva antropológica, todas las formas de atención, y no sólo las actividades de tipo biomédico, que de manera intencional buscan prevenir, tratar, controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado constituyen actividades básicas del proceso de salud/enfermedad/atención (s/e/a), también llamado autoatención (Menéndez, 2006). Por lo tanto, la autoatención es “el primer nivel real de atención, prevención y comprensión” (Menéndez, 2018: 107).

La autoatención no debe confundirse con automedicación, pues esta última incluye las representaciones y prácticas que la población utiliza en los niveles de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar o prevenir los procesos que afectan la salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aunque pueden ser la referencia para la actividad de autoatención (Menéndez, 2006). Desde este enfoque, la autoatención es un dispositivo que articula diferentes saberes para el cuidado, los cuales incluyen la telemedicina y la atención profesional en casa, que han sido centrales durante la pandemia (Monraz-Pérez *et al.*, 2021).

Ante el imprevisto y la falta de información, los microgrupos de estratos socioeconómicos altos tuvieron más y mejores condiciones para hacer frente a la incertidumbre, y al poder probar todos los recursos existentes, ampliaron su espectro de elecciones (Arceo-Gómez *et al.*, 2021). De ahí surge el interés por presentar las experiencias de autoatención de un grupo familiar de clase alta ante

un episodio grave de uno de sus miembros, tras la muerte del patriarca de la familia. Para ello, se explorarán, analizarán y recuperarán las acciones y decisiones que los individuos tomaron fuera de los hospitales. Este proceso ha sido poco discutido en términos de las estrategias que se desarrollan al incurrir en la autoatención por falta de acceso al sector salud, o bien por desconfianza, temor a la hospitalización o falta de cobertura médica.

Mediante la descripción de la familia como unidad de análisis, proponemos identificar y analizar las formas de atención que este conjunto social empleó frente al Covid-19. El punto de partida es el relato que hace este grupo familiar, que sitúa su experiencia en un sector socioeconómico medio-alto, durante el primer año de la pandemia. Lo anterior, con los siguientes objetivos específicos:

- Recuperar y analizar, con base en la carrera del enfermo, la participación, papeles y estrategias que familiares y personal de salud asumieron durante la autoatención.
- Identificar y describir qué otros recursos para la atención, que el sector salud no brindó o no cubrió, fueron necesarios e incluso indispensables para el tratamiento del paciente.
- Identificar, describir y analizar las representaciones sociales sobre el SARS-CoV-2 al recuperar las experiencias de los cuidadores que participaron en los procesos de atención.

Coincidimos con Eduardo L. Menéndez (2006) en que la autoatención constituye la forma de cuidado más constante y el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención. Pensamos que la autoatención, de acuerdo con las estructuras de los microgrupos, seguirá jugando un papel central de contención de esta pandemia (Menéndez, 2020). Con apoyo en la autoetnografía, exponemos las estrategias de una familia de estrato socioeconómico alto y evidenciamos los diferentes y numerosos

recursos que tuvo para enfrentar la enfermedad y proveer cuidados.

El estudio puede ser referencial y permitir un contraste con las estrategias de estratos socioeconómicos bajos (Cullell y Galindo, 2021; Ordoñez, 2020). Esperamos que este esfuerzo aporte una reflexión sobre los significados de la autoatención del Covid-19 en distintos sectores sociales, con el propósito de dimensionar las desigualdades en los recursos movilizados y las asimetrías en el acceso a la salud.

## Métodos

El estudio de caso se centra en Ego,<sup>3</sup> un hombre de 49 años de edad, segundo de cuatro hermanos, quien enfermó de Covid-19 y desarrolló síntomas graves. El evento sucedió un mes después de que su padre, de 79 años de edad y patriarca de la familia, falleciera a consecuencia de la misma enfermedad.

El distanciamiento físico que impuso la pandemia trastocó la forma tradicional de hacer trabajo etnográfico mediante encuentros cara a cara. A mediados de 2020, las condiciones nos acercaron a las experiencias de nuestros hogares como punto de partida y análisis. Incorporamos la autoetnografía como una estrategia metodológica bajo la definición de David M. Hayano (1982), quien la describe como un método de estudio de un grupo social que el investigador considera propio. La autobiografía (Blanco, 2012) que aquí presentamos toma como unidad de análisis a un grupo familiar, pero de manera secundaria da cabida a los relatos personales y autobiográficos del etnógrafo en tanto investigador.

Mediante entrevistas en profundidad con los principales cuidadores, realizadas por videollamadas, y la observación de la dinámica familiar, registramos la carrera de atención del enfermo para dar cuenta de particularidades que permitieran establecer una serie de generalidades sobre los cuidados, atención y toma de decisiones frente al SARS-CoV-2. Con este

propósito, reconstruimos los itinerarios terapéuticos que los cuidadores recorrieron para atender al paciente en casa (Osorio, 2001: 40), a partir de los cuales se obtuvo un patrón de tratamiento que explora cinco fases:

- 1) Representaciones sobre el SARS-CoV-2 antes del primer contagio en la familia: fuentes de información, descripción del contexto epidemiológico del entorno inmediato y medidas de prevención.
- 2) Diagnóstico, atención y muerte del patriarca de la familia.
- 3) Diagnóstico inicial de Ego: pasos a seguir durante la confirmación y atención del padecimiento; los primeros síntomas y su interpretación; las pruebas para obtener el diagnóstico; actores que participaron en las primeras consultas dentro de la red familiar, y personal médico.
- 4) Búsqueda de atención para Ego: número y tipo de médicos consultados para determinar la gravedad de la enfermedad; estrategias familiares para el cuidado del enfermo; ampliación de las redes para la búsqueda de especialistas e insumos para el tratamiento, y equipo de atención.
- 5) Representaciones y aprendizajes del grupo después del episodio de enfermedad.

Una de las autoras de este artículo se involucró en la búsqueda de información, el cuidado y la toma de decisiones que marcarían las trayectorias de la salud de su padre y su hermano, y no dejó de reflexionar sobre el concepto de autoatención “desde adentro”. La experiencia, dolorosa para ella y su familia, significaba un hecho social en el cual los saberes antropológicos no sólo podrían aplicarse respecto de los “otros”. La otra autora de este artículo contribuyó

---

3 Paciente del que se desprenderá una serie de estrategias familiares para su atención.

en la reconstrucción de los itinerarios y el análisis del problema de investigación, y ejerció un papel importante en el control de sesgos de las tensiones familiares. Su posición “desde afuera” no la eximió de participar de manera íntima en el proceso, y fue especialmente sensible al compromiso emocional que se desencadenó entre los implicados directos del caso.

Ego tuvo cuidadores de su red familiar con diferentes grados de proximidad. El criterio de selección se determinó con base en las personas involucradas directamente en su cuidado y en la obtención de insumos, las decisiones médicas y la participación en un chat familiar en torno al cuidado del enfermo. El personal médico y de enfermería se incluye como actores secundarios. Se realizaron entrevistas a profundidad con los cuatro miembros del chat. Las entrevistas duraron dos horas y se hicieron

por videollamada porque las medidas de confinamiento continuaban. A continuación se describen los perfiles de estas cuatro personas:

Cuidadora 1. Cuidadora principal. Cónyuge respecto a Ego. Tiene 48 años de edad y dos hijas con Ego, de 14 y 12 años de edad. Su principal actividad es el hogar.

Cuidadora 2. Cuidadora secundaria. Hermana respecto a Ego. Tiene 52 años de edad y es la mayor de los cuatro hermanos. Está casada y se desempeña en el área administrativa del negocio familiar. Participó en la búsqueda de información sobre otras opiniones médicas, la facilitación de enfermeras, medicamentos e insumos.

Cuidador 3. Cuidador secundario. Hermano respecto a Ego. Tiene 45 años de edad y es el tercero de los cuatro hermanos. Su participación se basó en



CUARTOSCURO ▶ La Secretaría de Salud en Ciudad Juárez, Chihuahua, llamó a la población a no bajar las guardias en las medidas sanitarias de prevención ante el Covid-19, octubre de 2020.

la compra y recarga de tanques de oxígeno, búsqueda de información y compra de insumos antes de la hospitalización de Ego.

Cuidador 4. Cuidadora secundaria. Hermana respecto a Ego. Tiene 43 años de edad y no vive en la ciudad de Chihuahua. Apoyó en el cuidado emocional de la madre, en la búsqueda de información, la toma de decisiones, y sobre todo, como mediadora en las tensiones y disputas familiares.

## Resultados

Este grupo familiar está conformado por 16 miembros repartidos en tres generaciones y divididos en cuatro hogares. Los ingresos provienen principalmente de la empresa familiar fundada por el abuelo hace 30 años, en el ramo de venta y distribución de equipo de seguridad industrial, y, en tiempos recientes, de productos para prevenir el Covid-19.

Como punto de partida, la familia entendía que, en general, hacer ejercicio, alimentarse sanamente, consumir vitaminas y productos naturales mantendría sus sistemas inmunes preparados para la enfermedad. Hasta antes de la muerte del padre, para algunos familiares, como la esposa de Ego, el Covid-19 era una simple gripe y un factor importante para evitar el contagio era no tener miedo, para mantener el sistema inmunológico alto:

Al principio se me hacía todo muy exagerado. Todo era muy dramático, eso de que te entregaban en los hospitales a tus familiares ya en bolsas con puras cenizas. Todas las noticias te decían que no salieras ni a la esquina, que los hospitales estaban saturados, que ya no había ventiladores. Yo siempre pensé que el miedo te baja las defensas, por eso trataba de no entrar en pánico para mantener el sistema inmunológico alto. Yo empecé a creer en el Covid como hasta agosto, con lo de mi suegro (entrevista con la cuidadora 1, Chihuahua, 15 de febrero de 2021).

Al comienzo de la pandemia, la información era limitada, pero la familia instrumentó medidas de prevención aun antes de recibir las instrucciones de la Secretaría de Salud, ya que la empresa familiar suministraba equipos de seguridad y protección personal para el SARS-CoV-2 a industrias y personal de salud. De hecho, este negocio fue una de las primeras empresas en montar un comité: “pusimos un guardia tomando la temperatura, en ese tiempo ni los supermercados lo tenían. Contratamos una enfermera que tomaba signos de cada trabajador. Imagínate, los reyes de las mascarillas, el gel, termómetros, oxímetros —se podría decir— y aun así nos contagiamos, increíblemente” (entrevista con la cuidadora 2, Chihuahua, 12 de febrero de 2021).

La empresa familiar forma parte de las actividades esenciales del sector productivo, y en términos del semáforo epidemiológico,<sup>4</sup> pertenece a las actividades laborales que no se suspendieron durante toda la pandemia. Aun con las medidas de seguridad, hubo contagios a principios de agosto. En ese momento, la empresa era una de las pocas que distribuía pruebas de Covid-19, de manera que la familia pudo detectar y controlar otros casos, en principio entre aquellos integrantes del grupo familiar que trabajaban con el padre. Ese mes, la cuidadora 2 y su esposo resultaron positivos, pero asintomáticos.

El patriarca se confirmó como caso positivo el 25 de agosto de 2020. Permaneció internado en el hospital durante septiembre, hasta su muerte en la primera semana de octubre. El 22 de octubre se declaró a Chihuahua en semáforo rojo, tras el repunte más significativo de defunciones en el estado hasta ese momento (Secretaría de Salud, 2021). Para evitar el pánico entre amigos y clientes, se trató el caso con discreción:

---

4 Sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de SARS-CoV-2 (Gobierno de México, 2022).

Cuando mi papá fue al hospital me dijo: “no le digas a nadie”, y yo respeté su decisión. Yo tampoco lo quise decir porque dije: “voy a asustar a la gente”. En ese tiempo las personas enfermas eran pocas, y también me he ido enterando que muchas que estaban pasando por lo mismo no dijeron nada (entrevista con la cuidadora 2, Chihuahua, 12 de febrero de 2021).

Con pocos referentes e información limitada, la decisión de hospitalizar al papá se tomó por unanimidad, debido a sus problemas de salud preexistentes y de acuerdo con la recomendación del sector salud. El grupo familiar activó sus redes más cercanas para buscar las mejores opciones de neumólogos y de atención hospitalaria; sin embargo, la experiencia no se valoró positivamente debido al fallecimiento del paciente y los problemas detectados durante su cuidado. Por ejemplo, el patriarca se quejó de la falta de atención y aseo del personal de enfermería, y lo transmitió a sus familiares vía telefónica durante los primeros días. Después de la intubación, el médico tratante dio información errónea sobre otro paciente. En este mismo tenor, destaca la escueta información sobre el estado del paciente que el neumólogo dio al grupo familiar. Por último, cuando el paciente transitó de la intubación en el área de Covid-19 a la de terapia intensiva, los familiares pudieron visitarlo y percatarse de otras irregularidades. En este escenario, el paciente falleció a causa de una transfusión sanguínea que no se efectuó a tiempo, producto de la mala comunicación entre el médico responsable, los intensivistas y el laboratorio.

A seis semanas del fallecimiento de su padre, Ego presentó malestares y fiebre. La familia estaba en duelo, al igual que él. Todos estaban perplejos ante el rápido y lamentable desenlace de la enfermedad del patriarca. De acuerdo con la interpretación de la esposa de Ego, su marido enfermó como consecuencia de la pérdida de su padre: “él traía su sistema inmunológico bajo por su tristeza, por lo de

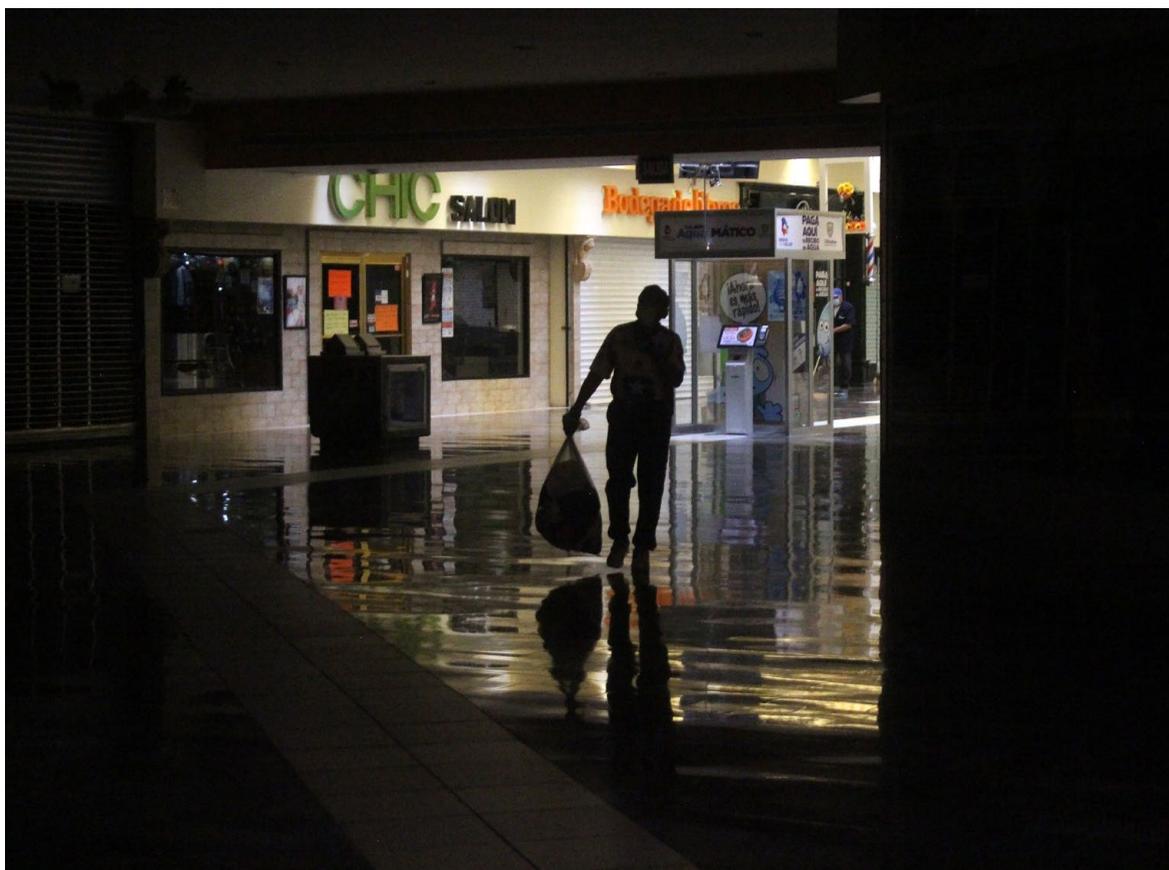
su papá” (entrevista con la cuidadora 1, Chihuahua, 15 de febrero de 2021).

Ego fue aislado después de obtener el resultado positivo, primero de una prueba rápida, y después, de una prueba confirmatoria de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). A diferencia de la mayor parte de la población sin acceso a viviendas adecuadas para el aislamiento (Cruz y Monteiro, 2021; Ordoñez, 2020), la familia tuvo la posibilidad de aislar los casos sospechosos o positivos en habitaciones con acceso a baño exclusivo para la persona enferma. Posteriormente, la familia comenzó la búsqueda de atención biomédica y consultó por WhatsApp a un médico conocido durante el proceso de s/e/a del patriarca. Ningún otro miembro del hogar desarrolló síntomas y la cuidadora 1 decidió que sólo su esposo siguiera con la medicación.

Después de una semana, Ego mejoró y todos pensaron que iba a superar la enfermedad. Sin embargo, de manera inesperada, su oxigenación bajó a 80% y presentó un cuadro de profundo agotamiento, debilidad, falta de apetito, depresión, irritabilidad y dolores intensos de cabeza. Los hermanos de Ego lo proveyeron de tanques y concentradores de oxígeno.

Desde la primera semana de la enfermedad, la atención en casa fue demandante, principalmente para la esposa. Ego no tenía fuerzas y ella debía entrar con frecuencia a la habitación para tomar los signos vitales, proporcionarle los medicamentos y alimentarlo. Durante tres días la cuidadora 1 implementó todas las medidas sanitarias posibles; usó overol, mascarilla, guantes y aerosoles desinfectantes para tratar con el paciente:

Tú tienes que tomar desde la oxigenación, la temperatura, porque ellos [los profesionales médicos a distancia] no pueden hacerlo. Entonces tienes que estar entrando y saliendo. Entonces sí llega un momento en que ya te quitas todo. Inclusive llega un momento en que tú tienes ya que dormir en esa



CUARTOSCURO ▶ Locatarios de una plaza comercial en Ciudad Juárez, Chihuahua, demandan a las autoridades que les dejen abrir, tras haber pasado cuatro meses con sus negocios cerrados por la pandemia de Covid-19, julio de 2020.

recámara por el miedo de que se empiece a agravar (entrevista con la cuidadora 1, Chihuahua, 15 de febrero de 2021).

La primera semana los síntomas todavía eran gestionables en casa. Las hijas y la cuñada de Ego asumieron algunas de las labores domésticas. Sus hermanos entregaban todo tipo de recursos en la vivienda, apoyaban en la instalación y recarga de los tanques de oxígeno, y proveían medicamentos alternativos, como hipoclorito de sodio. Ante la conducta imprevisible de la enfermedad y la incertidumbre de la muerte, la familia de Ego lo visitaba a diario. Las tensiones no tardaron en aparecer pues la familia quería

un seguimiento más preciso de los signos del paciente y notificaciones regulares, pero eso excedía la capacidad de la esposa de Ego, sobrecargada de trabajo.

La pérdida reciente del patriarca llenó de miedo a la familia, que temía perder contacto con Ego y que se repitieran las irregularidades en su atención, como acababan de experimentarlo. Por eso, el médico sugirió adaptar un hospital en casa, lo que implicó la contratación de personal de enfermería en dos turnos, para la administración intravenosa de suero y medicamentos, y para garantizar el uso adecuado del concentrador de oxígeno. A principios de la pandemia, el personal médico y de enfermería no atendía en casa, pero para entonces ese tipo de atención era más factible:

En agosto que las buscamos [personal de enfermería] no era tan fácil. Cuando yo andaba buscando, como que tenían miedo. Ya para esta fecha de diciembre había mucha disponibilidad, varios se encargaron de hacer negocios de enfermeras (entrevista con la cuidadora 2, Chihuahua, 12 de febrero de 2021).

La familia suponía que con la contratación de personal especializado el seguimiento de los síntomas y del desarrollo de la enfermedad sería más objetivo y preciso, pero durante los primeros días de hospital en casa la interpretación y la comunicación siguió dependiendo de forma exclusiva de la cuidadora 1. Para aproximarse al equipo de enfermería, los hermanos hicieron un grupo de WhatsApp en el que incluyeron a los técnicos y a la esposa de Ego.

El hospital en casa fue un periodo estresante para la cuidadora 1, pues se sentía nerviosa por tener que recibir personal médico que atendía de manera regular a pacientes con Covid-19. Además, sus tareas domésticas se multiplicaron de manera notoria: comenzó a dar seguimiento a los exámenes de laboratorio, recibía a los técnicos en casa, llevaba muestras de sangre, etc. También debía tener a disposición los insumos médicos requeridos por el equipo de salud, que eran difíciles de conseguir, y asumió, incluso, la preparación de los alimentos para el personal de enfermería.

El cansancio de la cuidadora 1 y su inquietud por no ver mejorías en Ego la hacían dudar de la decisión que habían tomado. Por otro lado, la familia participaba de manera proactiva, pues se encargaba de resolver los problemas que surgían con el personal de enfermería y conseguía los equipos que se requerían, los cuales, conforme al incremento de casos en noviembre de ese año, eran cada vez más difíciles de encontrar.

Aun con la asistencia del equipo de salud en casa, la familia identificó algunas irregularidades

en la atención —por ejemplo, los tanques de oxígeno se agotaban cada vez más rápido—. Les preocupaba también no tener garantizado el acceso al suministro de oxígeno los fines de semana, cuando la demanda era mayor. Para entonces, Ego y sus cuidadores se sentían rebasados y consultaron a otros médicos en búsqueda de diferentes opiniones. De distintas formas se cuestionó la capacidad de todos los involucrados para hacer frente a la atención en casa. Finalmente, al cabo de una semana, el mismo paciente manifestó que quería ir al hospital y su esposa lo apoyó.

Cabe señalar, una vez más, que las numerosas responsabilidades de la atención en casa recayeron sobre un grupo familiar en proceso de duelo. Aunque la hospitalización fue un respiro para todos, no estuvo exenta de tensiones entre los miembros. Uno de los motivos de tensión, por ejemplo, fueron las fuertes discusiones entre la cuidadora 1 y los hermanos del paciente al pedirles que se mantuvieran al margen del cuidado de Ego. La tensión, la desesperación y la sensación de incapacidad de todas las partes por el notorio deterioro de Ego generó un ambiente de reclamos y culpas entre los involucrados.

Aun así, la decisión de enviar a Ego a un hospital privado se tomó en conjunto. La oferta se limitó a dos hospitales y se excluyó la clínica en la que el patriarca había sido hospitalizado. La familia eligió el más próximo a la vivienda del paciente, donde además trabajaba un reconocido neumólogo recomendado por la red de amigos de la cuidadora 2. Ego fue trasladado en ambulancia, junto con su esposa, mientras se agravaba con rapidez. Incluso estuvo en observación previa, con altos flujos de oxígeno, en peligro de intubación.

Debido a la experiencia anterior, la cuidadora 1, como esposa del enfermo, decidió quedarse en el cuarto, con Ego, y argumentó con firmeza: “yo de aquí no me muevo”. Bajo esas condiciones, ella estuvo los primeros días en el hospital y

firmó una carta responsiva en la que reconocía los riesgos de permanecer en la zona de cuidados intensivos al lado de su marido. Aunque la familia estimó riesgosa esta decisión, porque podía afectar a las hijas de ambos, la apoyó. Por mediación de la cuidadora 2, se aprovechó el hecho de que la agencia de enfermeras que atendía a Ego en casa trabajaba también en el hospital para negociar el acceso de la cuidadora 1:

Ellos arreglaron como para que fuera un turno de 12 horas, que yo me quedara nada más en el turno de la noche [...]; con el Covid no hay una atención personalizada, hay cuatro enfermeras para 40 pacientes [...], inclusive a veces tú tienes que limpiar al paciente, tienes que retirarle la orina de la sonda, tienes que darle el medicamento (entrevista con la cuidadora 1, Chihuahua, 15 de febrero de 2021).

En el hospital, los especialistas sólo daban consulta por videollamada:

Al especialista nosotros nunca lo vimos en realidad, ni a través de Zoom. Lo vimos ya después de que él salió de la enfermedad, y en consultorio. El especialista tenía su equipo médico que eran urgenciólogos, intensivistas, eran los que veían al paciente, y ellos ya le comunicaban por vía Zoom todo al doctor y el doctor les decía lo que tenían que hacer, pero realmente el neumólogo jamás ve al paciente o la familia (entrevista con la cuidadora 1, Chihuahua, 15 de febrero de 2021).

La cuidadora 1 se relacionó de forma estrecha con las enfermeras al compartir espacios de descanso. Aprendió técnicas para cuidar al paciente y éstas le avisaban sobre la revisión de rutina durante el turno matutino. Valiéndose de estas relaciones, consiguió que la pusieran en altavoz cuando el médico u otros especialistas revisaban a Ego y ella no se encontraba con

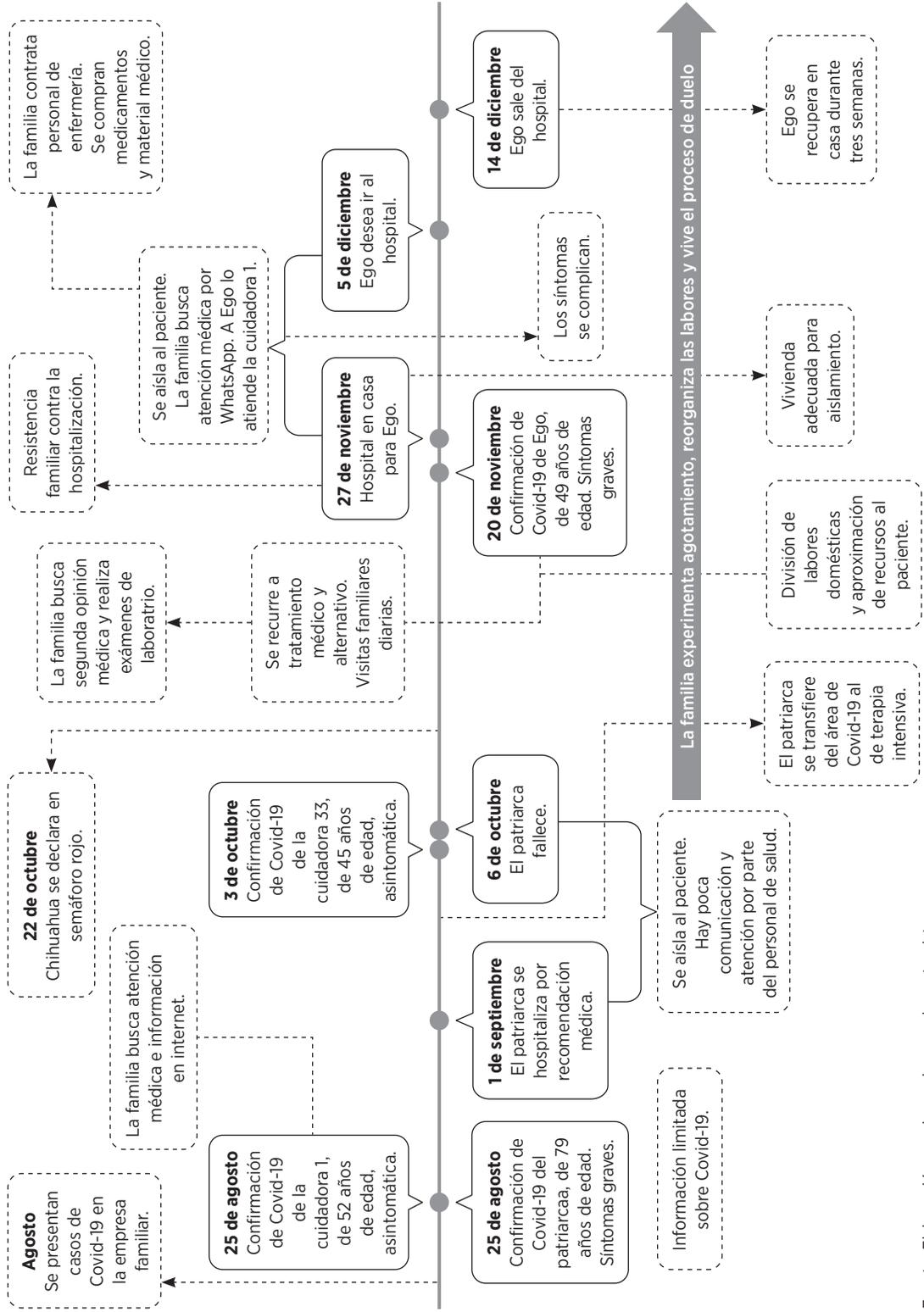
él. La resistencia de la esposa para no dejar el hospital mantuvo el acceso directo a la información, que en el primer caso, con el patriarca, había sido lo que la familia más buscaba, además de agotar todas las posibilidades de atención:

En el caso de mi papá, dejaban internistas de otros hospitales que andaban por todos lados. Nunca nos informaron bien, al menos para saber cómo actuar, tomar decisiones. Es muy diferente que te hablen una vez al día a que si estás en contacto, como pasó con mi hermano, que dejaron a su esposa entrar como si fuera una enfermera. Ella, así, estuvo y pudo estar viendo, pues, que lo pongan boca abajo, que le den las medicinas, todo. Aprendimos muchas cosas, por ejemplo, ponerlo boca abajo, que era algo que no sabíamos, y eso no se decía, nadie sabía cuando estaba mi papá mal (entrevista con la cuidadora 2, Chihuahua, 12 de febrero de 2021).

En la etapa de la hospitalización de Ego, la cuidadora 2 y el cuidador 3 tuvieron que mantenerse al margen por petición de la cuidadora 1. Después del enfrentamiento previo a la hospitalización, ella decidió excluirlos y sólo habló de la parte médica con la cuidadora 4, quien decidió tomar una posición neutral para estar enterada de la evolución de su hermano y así informar al resto de la familia. Al cabo de 10 días, Ego dejó el hospital y terminó de recuperarse con lentitud.

En el itinerario presentado hasta aquí se observa una serie de aprendizajes, así como el miedo a la teleatención y las dificultades para tomar decisiones con poca información. La relación entre los diferentes terapeutas deja claro que, al menos en el caso de Ego, los especialistas atendieron al enfermo a distancia, sin impedir que la familia, dadas las estrategias desarrolladas para permanecer en el hospital, se enterara de todos los procedimientos y avances sobre el estado de salud del enfermo, a diferencia de

**DIAGRAMA 1. ITINERARIO TERAPÉUTICO DE CASOS DE COVID-19 EN LA FAMILIA**



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas.

lo ocurrido con el patriarca. En el caso de Ego, las decisiones se tomaron de manera más autónoma; por ejemplo, el consumo de medicamentos se limitó al paciente con síntomas, solamente; el cuidado en casa se llevó a cabo sin el uso estricto de protección personal a toda hora, y por supuesto, la cuidadora 1 lo acompañó durante su estadía en el hospital.

## Discusión y conclusiones

En esta investigación nos propusimos identificar, describir y analizar las formas de atención que los conjuntos sociales han utilizado para afrontar el Covid-19. A partir de una familia como unidad de análisis, documentamos las estrategias que ésta desarrolló para el cuidado en casa de un paciente grave: la movilización y organización de los familiares para la atención del paciente; el acceso y uso de información; la toma de decisiones; los grados de participación de diferentes cuidadores, y los aprendizajes a lo largo del periodo que abarcó el proceso de s/c/a.

Respecto al primer objetivo específico, sobre recuperar y analizar las estrategias a seguir durante la atención en un episodio de agravamiento de Covid-19, identificamos como estrategias principales la organización y comunicación entre el cuidador principal y los secundarios, así como la distribución puntual de roles y responsabilidades entre ellos. Se encontró que la existencia de un cuidador principal fue esencial, si se considera que es necesario aislar al paciente y atenderlo con personal de enfermería para evitar la propagación del virus entre los miembros del hogar.

El cuidador principal vigiló los signos vitales del paciente en todo momento; siguió el horario para la administración de los medicamentos; comunicó al médico la información de los signos reportados por el personal de enfermería; acató las

indicaciones y recomendaciones que emitió el médico a distancia; supervisó el suministro de medicamentos y previno que no faltara. Además, proveyó los alimentos, se ocupó de la desinfección constante de la habitación y cambió la ropa de cama, entre otros cuidados de higiene básicos para el paciente.

Los cuidadores secundarios participaron principalmente en el suministro de medicamentos, que dependían de prescripciones médicas y cambiaban a diario según los síntomas, incluso se aseguraban de conseguir los medicamentos en momentos de escasez, por el alto número de contagios activos en ese periodo. Asimismo, consiguieron reservas de tanques de oxígeno, sobre todo cuando el paciente requirió mayor cantidad por la falta de saturación. A su vez, previeron la contratación del personal de enfermería entrenado para el manejo de pacientes con Covid-19.

Por parte del sector salud, observamos la participación permanente y activa de especialistas vía remota, la atención profesional de enfermería privada en casa y la hospitalización en interacción con uno o más miembros del grupo familiar. Así, la participación de los médicos se dio en el plano técnico o como asesores externos durante gran parte del episodio de enfermedad, ya que la mayoría de ellos no hacía visitas domiciliarias. Esta falta de contacto físico entre médico y paciente continuó en el hospital. Registramos, por ejemplo, que los neumólogos tenían un equipo de urgenciólogos e intensivistas que, a modo de mediadores, daban seguimiento a los signos del paciente y se lo comunicaban para que él les diera las indicaciones sobre los procedimientos a seguir.

Por su parte, el personal de enfermería tuvo una participación más próxima con los pacientes y familiares en el adiestramiento de los cuidadores para la atención del paciente. Este aprendizaje se realizó en un tiempo limitado, tal como lo describe la cuidadora 1:

Te empiezan a dar muchos *tips* [...], en dado caso de que pase de 100 [frecuencia cardiaca], que pueda sufrir un infarto, entonces te dicen: “siempre la frecuencia, muchas veces nada más nos fijamos en la oxigenación y no nos fijamos en la frecuencia cardiaca, entonces es cuando te puede dar un paro respiratorio” [...]. Inclusive hay momentos en que los mismos [pacientes] se empiezan a quitar las puntas [por donde pasa el oxígeno] por desesperación (entrevista con la cuidadora 1, Chihuahua, 15 de febrero de 2021).

En relación con el segundo objetivo, exploramos los recursos de atención necesarios y que el sector salud no cubría. Por ejemplo, el grupo familiar debió asegurarse de proporcionar y conseguir los medicamentos en momentos de escasez: antibióticos, como Azitrocina y Oseltamivir; Ivermectina, para el tratamiento de parásitos intestinales y externos; Xarelto, un anticoagulante oral; Dexanetasona, una inyección para tratar reacciones alérgicas intensas y controlar ciertos tipos de edema, que en el Covid-19 se utiliza en combinación con otros medicamentos para tratar los niveles bajos de corticosteroides. Varios de estos medicamentos no tienen cobertura en los seguros médicos, ya que no han sido aprobados por el sector salud para la atención del Covid-19.

A este listado agregamos otros gastos, como los honorarios médicos de aproximadamente 2000 pesos diarios por asesoría y monitoreo; el pago por el servicio de enfermería de 160 pesos por hora—3840 pesos por 24 horas—; los estudios para dar seguimiento a la evolución de la enfermedad, como las gasometrías diarias, de 4000 pesos, y la biometría hemática, de 3000 pesos, y la tomografía computarizada o TC del tórax, con un costo de 4000 pesos, que se realizó cada tercer día para ver la evolución de la infección pulmonar. En ocasiones, fue necesario el traslado en ambulancia para

la radiografía de tórax, con un costo de 8000 pesos. Todo esto sin incluir los gastos hospitalarios en cuidados intensivos, que rondaron los 900000 pesos. Todos estos costos, sin una aseguradora, pueden ser catastróficos incluso para una familia de nivel socioeconómico medio-alto.<sup>5</sup>

En el último objetivo específico de este artículo planteamos describir y analizar las representaciones de los cuidadores sobre tres aspectos presentes a lo largo del padecimiento: la noción del cuerpo sano/cuerpo vulnerable, el virus del SARS-CoV-2 y el tiempo del que se dispone desde el diagnóstico confirmatorio hasta el desenlace positivo o negativo de la enfermedad.

Las representaciones de estos tres aspectos no son fijos y varían según el momento o la evolución de la enfermedad. Por ejemplo, en todos los casos resultó ser una sorpresa que un virus se albergara en un “cuerpo sano”, que se considera de este modo por la ingesta de vitaminas y por hábitos como el ejercicio y la buena alimentación. El consumo de jengibre, cúrcuma, jugos verdes, vitaminas D y C, y zinc se considera una medida de autoprotección para mantener las defensas altas. Así, el cuerpo se piensa como un espacio en el que deben mantenerse las defensas del sistema inmunológico. Por oposición, el cuerpo vulnerable, que puede estar expuesto al virus, es aquel que se encuentra en un mal estado anímico, bajo estrés constante y que experimenta miedo. Esta última representación se puso de manifiesto entre los miembros más cercanos al patriarca

---

5 En medio de la crisis, la familia no contabilizó los gastos ni la cantidad y precios de los medicamentos e insumos de enfermería. Incluso diferentes miembros de la familia hicieron aportaciones que no se registraron. Consideramos que los datos que se ofrecen son suficientes para calcular un aproximado y subrayar que, aunque los gastos no fueron una dificultad significativa, sin seguro médico hubiesen afectado la economía del hogar.

de la familia, quienes consideraron que la pérdida los debilitó frente al virus.

Por otro lado, la representación del virus se construyó, en menor medida, a partir de la información de los medios de comunicación, y en mayor medida, a partir de las explicaciones que los médicos dieron a los familiares de los pacientes. Por ejemplo, en el caso del patriarca, los médicos comunicaron a los familiares que era una cepa muy fuerte y agresiva. La misma explicación se dio para el caso de Ego. De ahí que, en ese momento de la pandemia, se interpretó que la gravedad del paciente se debía a la fuerza o debilidad del virus en el cuerpo.

Por último, respecto a la forma en que experimentaron el tiempo quienes cuidaron al paciente en la familia, ese tiempo que transcurre desde el diagnóstico confirmatorio hasta la mejoría del estado de salud del paciente, o su deceso, parece que éste transcurriera con rapidez, que cada día puede ser una oportunidad para mejorar o empeorar, por lo tanto, se debe actuar con celeridad y hacer uso de toda la información disponible a fin de tomar las mejores decisiones y evitar errores que puedan ser fatales, tal como lo expresa la cuidadora 2:

Es como un reloj, si te pones a pensar, son 14 días y muévete, muévete porque lo primero es que se le quite y no se deteriore más [la salud del paciente], y lo que va a seguir cuando salga [las secuelas]. Se le mete el virus y tienes que estar actuando porque puede suceder cualquier cosa. En este tiempo tienes que agotarlo todo, agotar todas las opciones (entrevista con la cuidadora 2, Chihuahua, 12 de febrero de 2021).

Otra forma en que se hace presente el tiempo es el momento del calendario en que ocurre el contagio y desarrollo de la enfermedad. Los participantes consideraron que, mientras más tiempo pasaba respecto del comienzo de la pandemia, había más y mejor

información sobre qué hacer o qué no hacer para tomar decisiones más oportunas. El estudio dejó claro que, en el caso del fallecimiento del patriarca había menos información y experiencia respecto al caso de Ego, como explica la cuidadora 2:

Cuando sucedió el primer [episodio de enfermedad en agosto], en relación a lo que se sabía [en ese momento], había más información en el segundo momento, por ejemplo, ya sabíamos la importancia de poner al paciente boca abajo cuando bajaba la oxigenación. En agosto, en cambio, las enfermeras tenían más miedo y menos experiencia, sencillamente para hacerte la PCR, te la entregaban en tres días, ya ahorita te la entregan el mismo día (entrevista con la cuidadora 2, Chihuahua, 12 de febrero de 2021).

Además de la información que se refiere a los objetivos específicos de este artículo, agregaremos dos reflexiones más. La primera es que la familia se convirtió en un núcleo esencial para la toma de decisiones, tanto para la cooperación para el cuidado de los dos pacientes, como para el apoyo emocional y financiero. Sin embargo, cada familia se ubica en un campo de tensiones en el que los recursos económicos y emocionales de sus integrantes, o el tiempo disponible, entran en disputa (Cicerchia y Palacio-Valencia, 2018). En nuestro estudio identificamos que la toma de decisiones no siempre se realiza de manera armónica. Destacamos elementos que maximizan la tensión, como la sobrecarga de la cuidadora 1, que fue la responsable del cuidado de Ego en casa, y su percepción de que el apoyo del resto de los cuidadores era insuficiente; la controversia alrededor de la hospitalización de Ego, dadas las experiencias previas con el patriarca, y la vigilancia mutua entre cuidadores al tomar decisiones para una mejor atención del paciente, según el criterio de cada uno.

La segunda es que coincidimos con Menéndez (2020) en que los recursos económicos o la pertenencia a algún sistema de seguridad social incide en el tipo de atención y autoatención que se desarrolla. En este caso, el poder adquisitivo de la familia permitió adquirir los insumos médicos necesarios para ambos pacientes. Incluso en el caso de Ego, posibilitó que la familia tomara iniciativas propias, sin depender

únicamente de especialistas. Aun así, durante la pandemia hubo desafíos que afectaron la oferta de recursos materiales y de información. Asimismo, la disponibilidad de los recursos para atender el Covid-19 cambió conforme se presentaban y acumulaban los avances tecnológicos y biomédicos, que incidieron en la comprensión de la enfermedad y los procesos diagnósticos y de atención. **D**

## Bibliografía

- Arceo-Gómez, Eva, Raymundo Campos-Vázquez, Gerardo Esquivel, Eduardo Alcaraz, Luis Martínez y Norma López, 2021, "The Income Gradient in Covid-19 Mortality and Hospitalisation: An Observational Study with Social Security Administrative Records in Mexico", en *The Lancet Regional Health*, vol. 6, pp. 1-9.
- Blanco, Mercedes, 2012, "¿Autobiografía o autoetnografía?", en *Desacatos*, núm. 38, pp. 169-178.
- Cicerchia, Ricardo y María Cristina Palacio-Valencia, 2018, "¿Por qué y para qué? Dos propuestas analíticas para los estudios de familia", en *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, vol. 10, núm. 2, pp. 11-29.
- Cruz Castanheira, Helena y José Henrique Monteiro da Silva, 2021, "Mortalidad por Covid-19 y las desigualdades por nivel socioeconómico y por territorio", en *Redatam Informa*, vol. 27. Disponible en línea: <<https://www.cepal.org/es/enfoques/mortalidad-covid-19-desigualdades-nivel-socioeconomico-territorio>>.
- Cullell, Jon Martín y Jorge Galindo, 2021, "Los mexicanos pobres con cinco veces más probabilidades de morir de Covid-19 que los ricos", en *El País*, 10 de noviembre. Disponible en línea: <<https://elpais.com/mexico/2021-11-10/los-mexicanos-pobres-con-cinco-veces-mas-probabilidades-de-morir-de-covid-19-que-los-ricos.html>>. Consultado el 1 de febrero de 2022.
- Garay Villegas, Sagrario y Miguel Calderón Chelius, 2021, "Carencias sociales y Covid-19 en México: algunas diferencias en términos regionales", en *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 1, núm. 2, pp. 1-32.
- Gobierno de México, 2022, "Semáforo de riesgo epidémico". Disponible en línea: <<https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>>. Consultado el 26 de enero de 2022.
- Hayano, David M., 1982, *Poker Faces: The Life and Work of Professional Card Players*, University of California Press, Berkeley.
- Menéndez, Eduardo L., 2006, "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos", en *Revista de Antropología Social*, vol. 14, pp. 33-69.
- , 2018, "Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos", en *Desacatos*, núm. 58, pp. 104-113.
- , 2020, "Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención", en *Salud Colectiva*, vol. 16, pp. 1-23.
- Monraz-Pérez, Sergio, Adrián Pacheco-López, Armando Castorena-Maldonado, Rosaura Esperanza Benítez-Pérez, Ileri Thirión-Romero, Erika del Carmen López-Estrada, Maribel Mateo-Alonso, José Omar Barreto-Rodríguez, Ricardo Stanley Vega-Barrientos, José Luis Sandoval-Gutiérrez, Sebastián Rodríguez-Llamazares, Justino Regalado-Pineda, Jorge Salas-Hernández, Patricio Santillán-Doherty, Miguel Ángel Salazar-Lezama, Juan Carlos Vázquez-García y José Rogelio Pérez-Padilla, 2021, "Telemedicina durante la pandemia por Covid-19", en *Neumología y Cirugía de Tórax*, vol. 80, núm. 2, pp. 132-140.
- Ordoñez Barba, Gerardo, 2020, "Tijuana ante el confinamiento social impuesto por la Covid 19: habitabilidad de las viviendas, entorno urbano y condiciones económicas de los hogares", en *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad*, vol. 27, núms. 78-79, pp. 303-349.

Osorio Carranza, Rosa María, 2001, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Instituto Nacional de Antropología e Historia/Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Secretaría de Salud, 2021, "Datos Abiertos Dirección General de Epidemiología", Disponible en línea: <<https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>>. Consultado el 9 de marzo de 2021.

## Entrevistas

Cuidadora 1, Chihuahua, 15 de febrero de 2021.

Cuidadora 2, Chihuahua, 12 de febrero de 2021.