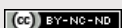




New Trends in
Qualitative
Research



VOLUMEN 18

Qualitative Research in Health

Investigação Qualitativa em Saúde
Investigación Cualitativa en Salud

DOI:

<https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e821>

Sandra Grisell Rubio Martínez

Yesica Yolanda Rangel Flores

Fecha de envío: 03/2023

Fecha de evaluación: 04/2023

Fecha de publicación: 09/2023

PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE COVID-19 EN INDÍGENAS NAHUAS EMBARAZADAS EN MÉXICO

RESÚMEN

Introducción/Planteamiento: Desde la biomedicina el embarazo ha sido señalado como una condición que potencia el riesgo para contraer el virus SARS-CoV-2 y desarrollar formas graves de Coronavirus Disease (COVID 19). No obstante poco se ha abordado la percepción del riesgo de esta enfermedad durante este estado de la vida. **Pregunta de investigación/Objetivo:** analizar desde la antropología y la sociología la percepción del riesgo de COVID-19 en mujeres indígenas en situación de embarazo. **Metodología:** Se realizó un acercamiento de tipo cualitativo-etnográfico en una comunidad indígena nahua del centro norte de México, en el que se entrevistó a diez mujeres indígenas que vivieron la experiencia de un embarazo durante la segunda y tercera ola de la pandemia. Las entrevistas transcritas se sometieron al análisis desde la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin y se trianguló con los registros de observación registrados en el diario de campo. **Resultados:** Se identificó que la percepción del riesgo se complejiza en función de los imaginarios sociales que se tienen sobre reproducción y género; que contribuye principalmente a una construcción de vulnerabilidad biológica, que se sostiene en cuatro ejes: la romantización/exigencia de la reproducción, el estigma construido sobre adultos mayores en torno a la enfermedad, el alejamiento real y simbólico de los servicios de salud, y la (in) visibilidad de los riesgos que derivan de las demandas de género dentro del espacio doméstico. **Consideraciones finales:** Resulta urgente transversalizar la perspectiva interseccional en las políticas y estrategias sanitarias para la contención del riesgo; en la comunicación y gestión del riesgo las desigualdades asociadas a la etnia y el género son condiciones que deben tenerse en cuenta.

Palabras Clave

Embarazo; COVID-19; Percepción; Riesgo; Pueblos indígenas; Antropología cultural.

PERCEPTION OF THE RISK OF COVID-19 IN PREGNANT NAHUAS INDIGENOUS IN MEXICO

Abstract

Framework: The pregnancy has recognized as a condition that increases susceptibility to becoming infected with SARS-CoV-2 and developing COVID 19 in its most severe form, however little has been studied about the perception of risk regarding the disease in pregnant women. **Research question/Goals:** to analyze, from the perspective of anthropology and sociology of risk, the perception of the risk of COVID-19 during pregnancy in indigenous women. A qualitative-ethnographic study was carried out in a Nahua indigenous community in north-central Mexico, in which ten women who lived through the experience of a pregnancy during the second and third wave of the pandemic were interviewed. The transcribed interviews were subjected to analysis from the Grounded Theory of Strauss and Corbin and triangulated with the observation records recorded in the field diary. **Results:** It was identified that the perception of risk becomes more complex depending on the social imaginaries that people have regarding reproduction and gender, which mainly contributes a construction of biological vulnerability, which is based on four axes: romanticization/demand of reproduction, the stigma built on the elderly around the disease, the real and symbolic distance from health services, and the invisibility of the risks that derive from gender demands within the domestic space. **Final considerations:** It is urgent to mainstream intersectional perspective in health policies and strategies for risk containment, inequalities associated with ethnicity and gender are conditions that must be taken into account in risk communication.

Keywords:

Pregnancy; COVID-19; Perception; Risk; Indigenous peoples; Cultural anthropology.

1. Introducción

La pandemia marcó un retroceso en diferentes ámbitos de la Salud Pública, especialmente en materia de salud materna, representando una regresión de más de una década de trabajo, principalmente en países en vías de desarrollo, donde la enfermedad se consolidó como la primera causa de muerte materna indirecta (Hantoushzadeh et al, 2020). Diversas investigaciones señalaron al embarazo como una condición que potencia la susceptibilidad de las mujeres para contraer la infección y desarrollarla en sus formas más graves, requerir cuidados intensivos, y aún con acceso a estos, desencadenar la muerte (Rasmussen et al, 2020), en este sentido y no obstante, poco se habló sobre cómo la llegada de la COVID 19 reforzó desigualdades sanitarias preexistentes y cómo la instrumentación de las medidas sanitarias propició el descuido de la atención materna al tornar difícil el acceso a la atención prenatal, principalmente en poblaciones rurales e indígenas (Doubova et al, 2021).

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNPFA) señalaron la necesidad de instaurar acciones de prevención y mitigación de la COVID-19 en América Latina, asegurando la continuidad y calidad de los servicios de atención materna (OMS/OPS, 2020a), y es que si bien, la mortalidad materna asociada tuvo un impacto internacional, México, Argentina y Brasil se posicionaron en una situación particularmente preocupante a este respecto (Arenas, 2021). En México a partir del 05 de julio del 2020 y hasta el 18 de marzo del 2022 la COVID 19 se ubicó como primer causa de Muerte Materna (MM), con un registro de 44,885 casos positivos y 662 defunciones (Secretaría de Salud de México, 2022).

Al tener evidencia científica respecto a la letalidad del virus y frente a los resultados negativos en salud materna derivados de pandemias previas, como la *Influenza H1N1*, tanto la OMS como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fueron insistentes respecto a no ignorar las amplias desigualdades sociales que se tejen al interior de las naciones y sobre la necesidad de reconocer la variedad de significados que adquiere el riesgo en diversos contextos socioculturales, y de las condiciones que se tienen en cada contexto para enfrentarlo (OPS, 2020).

Asimilar la experiencia de una pandemia es un fenómeno complejo, que obliga a admitir la implicación de un trabajo cultural arduo que conlleva el desarrollar y resignificar imaginarios colectivos sobre un hecho que se construye desde la ciencia (noción de virus, pandemia, contención). Es solo mediante el reconocimiento de estos imaginarios que es posible engarzar la construcción científica con el código cultural de cada grupo poblacional, y de esta manera, favorecer la corporización del riesgo (entender dentro del cuerpo), para finalmente, construir colectivamente estrategias de contención del riesgo. En términos de Giddens, para "desarrollar agencia", es decir, para potenciar el desarrollo de conductas efectivas para confrontar circunstancias de riesgo sobre las que se ha desarrollado conciencia (Giddens, 1984:51). Y es que, el reconocimiento del riesgo implica en sí, un proceso de asimilación cultural, a partir del cual, emerge una construcción colectiva de lo que amenaza, pero también, de las estrategias que se pueden utilizar para reducir las probabilidades de resultar afectado, un fenómeno cognitivo social que se sustenta en la información que cada persona ha construido, no en lo individual sino en lo colectivo (Douglas, 1996:173; Mairal, 2013:1-189).

Los pueblos indígenas poseen una visión propia del mundo, desde la cual interpretan y viven el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, la cual suele no ser reconocida ni incorporada en las estrategias nacionales de contención del riesgo y en la comunicación que se hace del mismo. Si a lo anterior sumamos todas las deventajas que históricamente ha enfrentado este grupo, como la violación de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales (Suárez et al, 2021); caeremos en la cuenta de su extrema vulnerabilidad frente a la contingencia.

En México es poca la evidencia cualitativa sobre la percepción de la COVID 19 en población indígena, en este sentido y sin embargo, conviene destacar que los hallazgos derivados de un estudio con población zoque devela cómo la persona se contempla como víctima de la enfermedad y no como agente transmisor, y se duda sobre la forma en que se transmite la enfermedad, porque desde esta cosmovisión, la saliva se concibe como un recurso que cura y no que enferma (Reyes, 2021). Otro estudio realizado sobre el tema, concluye que la percepción de la enfermedad es resultado de la confluencia entre la propia cosmovisión y la experiencia, por lo que la aceptación de la COVID 19 emerge hasta que se transita por las consecuencias del aislamiento prescrito, principalmente el desapego de los familiares cuando están enfermos, o cuando no se les permite despedirse de sus muertos (Pérez, 2021). Con base en lo antes planteado y dado que no identificamos la existencia de estudios sobre la percepción del riesgo en mujeres embarazadas, a las que la biomedicina ha posicionado como grupo en alto riesgo, se encontró pertinente llevar a cabo esta investigación, cuyo objetivo fue analizar desde la antropología y la sociología la percepción del riesgo de COVID-19 en mujeres indígenas en situación de embarazo.

2. Metodología

Estudio de tipo cualitativo etnográfico. El enfoque teórico se centró en el Interaccionismo Simbólico (IS) de Herbert Blumer, el cual nos permitió rastrear cómo a manera de cultura, la sociedad integra símbolos significantes e imaginarios que les permiten orientarse en el mundo social a manera de esquemas socialmente construidos que guardan relación con la visión que se tiene del mundo, y en dicho sentido permiten percibir, explicar e intervenir en una situación determinada (Pintos, 2005).

Mediante muestreo intencional, se entrevistó a diez mujeres que vivieron la experiencia de un embarazo en el periodo enero-diciembre de 2021, cuya ubicación fue posible a partir de los registros proporcionados por los Servicios de Salud del municipio, el número de participantes se determinó en función del criterio de saturación temática (Flick, 2015:81). La información se obtuvo mediante triangulación de métodos (entrevista, observación y registro en diario de campo). Las entrevistas individuales fueron realizadas por quien figura como primera autora, con base en un guión de entrevista semiestructurado que exploraba la experiencia de maternidad previa, las condiciones del embarazo actual, la respuesta individual-colectiva frente a las medidas de prevención instauradas. Así como la implicación de actores sociales en la comunicación local del riesgo y las condiciones de vulnerabilidad que configuraron el territorio en el que habitaban las participantes.

Las entrevistas se audiograbaron, previo consentimiento informado, y el análisis de los datos se realizó a partir de la propuesta de teoría fundamentada de Strauss & Corbin (2002:134), con codificación abierta, axial y selectiva. El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, con número de registro CEIFE 2021- 353. El estudio se clasificó de riesgo mínimo dada la posibilidad de desencadenar alteración psicoemocional durante la conversación. Se respetó el derecho de las participantes al otorgamiento del consentimiento informado, así mismo, se han colocado pseudónimos como forma de salvaguardar la identidad de las participantes.

3. Resultados

Participaron diez mujeres, el promedio de edad fue de 30.5, con una máxima de 37 y una mínima de 16. Cuatro habían concluido estudios de nivel secundaria, cuatro preparatoria, y dos el nivel primaria. En los antecedentes obstétricos, dos dijeron haber sido clasificadas como mujeres con embarazo de alto riesgo, asociado con su edad y número de partos previos. Una cursaba el primer trimestre de gestación, cuatro el segundo y cinco el tercero. El promedio de embarazos previos fue de 3.3. con una mínima de 0 y una máxima de 5; en cuanto a partos previos, el promedio fue de 2, con un mínimo de 0 y un máximo de 3. (Ver tabla 1).

Tabla no. 1. Caracterización de las informantes

Participante	Edad (años)	Semana de gestación (SDG)	Trimestre del embarazo	Núm. de consultas prenatales**	No. total de embarazos	No. de Partos previos
Elizabeth	16*	28	3	2	0	0
Susana	40*	28	3	4	5*	4
Guille	37	29	3	2	5*	4
Juanita	35	24	2	3	3	2
Esperanza	22	20	2	2	2	2
María	28	10	1	1	3	2
Mercedes	26	24	2	2	2	1
Rosa	32	33	3	1	2	1
Leticia	33	26	2	1	2	1
Anita	36	32	3	3	4	3

** La atención y seguimiento prenatal se realizó en los servicios de salud públicos locales

Fuente: Directa, obtenida a partir de las entrevistas

Para el análisis, las narrativas se organizaron en cuatro categorías: 1) "El embarazo es una bendición con riesgos; Dios actúa", 2) "Los bebés al igual que los viejos son débiles frente al contagio", 3) "Los servicios de salud como espacios contaminados y riesgosos", y 4) "Quedarse en casa implica riesgo".

3.1. El embarazo es una bendición con riesgos; Dios actúa.

Aun cuando desde la ciencia se han enfatizado las condiciones de la pandemia que configuran un entorno inseguro para vivir un embarazo, este es contemplado como una condición deseable, le asocian simbolismos cristianos en función de la maternidad y el rol mariano de la concepción.

"¡Me puse feliz! pues era una bendición de Dios..." (Juanita)

"Pues yo me sentí feliz de que sí ¡pues voy a tener un hijo! era una bendición..."

(Esperanza)

Algunas reconocen que el embarazo es una condición que trae riesgos, no obstante, éstos se perciben como situaciones que pueden contenerse al adecuarse el estilo de vida.

"Me dijeron [el personal de salud] que tengo que cuidarme más, comer bien, tome mucha agua, y me dio unas pastillas de ese ácido fólico y del ferroso..." (Susana)

"Me dijo que todo está bien, que no tengo nada, que no más tenga los cuidados que debo de tener... que no haga cosas pesadas, que no haga tanto movimiento, que coma bien, que trate de descansar, lo normal". (Mercedes)

La COVID-19 es representado por ellas, como una situación jerárquica de orden divino, frente a la voluntad humana.

"Solo Dios sabe si manda esa enfermedad, yo siempre oro y le pido que nos cuide, y si él manda esa enfermedad, pues solo él sabe lo que hace, y no me preocupo si llega esa enfermedad, solo sé que si vivimos solo por él y si morimos igual". (Susana)

"Yo no creo mucho en eso [en la existencia de la enfermedad], ora sí que solo Dios sabe lo que va a pasar, porque pues uno, aunque más se cuide, pues si ya le toca [morir], pues ya te vas a ir". (María)

Hubo mujeres que elaboraron un amalgama entre su fe y el discurso biomédico, mismo que deriva del sincretismo histórico entre la cristiandad y el modelo de la ciencia hegemónica. Es a partir de éste, que elaboraron un juicio que les permitió inocularse con la vacuna COVID 19.

"La vacuna me dolió mucho, pero se me quitó, yo misma pensé, mejor me voy a poner la vacuna que dice el gobierno, no va a pasarme nada, primeramente Dios". (Susana)

3.2. Los bebés igual que los viejos son débiles frente al contagio

Posicionan entre los grupos de mayor riesgo a niños y adultos mayores, sobre todo, dan cuenta de una alta vulnerabilidad biológica en los bebés *no natos*.

"Los niños pues están más indefensos en eso y los adultos mayores..." (Rosa)

"Las personas grandes son más débiles y es más fácil que agarren esa enfermedad, sí. Pues ya no tiene las defensas que ella tenía, igual que los niños, los niños pues no tienen tantas defensas y los abuelitos pues ya son como los niños, sí..." (Leticia)

Justo por la percepción de alto riesgo de vulnerabilidad en los bebés, ellas han construido dicha percepción, a partir de las exigencias y de las interacciones sociales con las personas de la comunidad y con el personal de salud.

“Aquí en el centro de salud me dijeron que si me podía yo vacunar o que en cuanto llegara la vacuna, que me la pusiera, por el bebé igual”. (Elizabeth)

“Porque según es peligroso para uno que está embarazada, porque si vas a tener esa enfermedad pues el bebé también, creo que el bebé o yo, creo que yo, no sé, pues si no va a poder tener hijo”. (Guille)

La concepción del *alto riesgo* entre las mujeres embarazadas se asimila no por la comunicación de riesgo por parte del personal de salud, tampoco por los discursos emitidos en cadena nacional, –ya que no saben explicarse de donde es que surge su mayor riesgo de adquirir COVID 19–, sino por el hecho de que les exijan en los locales, mercados e instituciones, más que a cualquier otro grupo, el uso del cubrebocas, situación que las ha llevado a asumir la vulnerabilidad biológica.

“Yo creo que es porque somos más sensibles a eso ¿no?, podemos atraer más enfermedades, me imagino, porque si no llevas el cubrebocas si te exigen que lleves el cubrebocas, por el estado en el que estás tienes que cuidarte más”. (Leticia)

3.3. Los sitios de salud como espacios contaminados y de riesgo

De manera inicial, no fue la enfermedad la que generó el miedo, tampoco los discursos que sobre el riesgo se pronunciaron en los medios de comunicación, sino el dar cuenta de la ejecución de estrategias de protección en sitios que les eran familiares. Por lo que el miedo se ubicó en términos territoriales y de espacios, en el imaginario se construyeron sitios de mayor y menor riesgo. Dado que la cabecera municipal fue declarada zona de alto riesgo de transmisión del SARS-CoV-2, poco a poco, fue asumiéndose como peligroso el trasladarse a ese sitio, específicamente al centro de salud y/o el hospital.

“Ya no puedes salir, ya no puedes ir a donde quieras así normalmente, tienes que ir preparado ahora si con el miedo (ríe), el miedo de contagiarte o por ahí encontrar alguna enfermedad, sí. Ajá, si de hecho voy para allá, pero voy con el Jesús, porque no, no vaya a saber uno que, que uno vaya a traer por allá, que hay mucha gente, que hay muchas personas, que como le digo unos no se cuidan y es el miedo que uno va”. (Leticia)

“Me da miedo llegar a un hospital donde pues hay mucha gente, porque pues posiblemente pues ahí uno puede contraer... tiene más riesgo de contraer la esa enfermedad, pues puede ser COVID, eso que ahorita está más” .(Juanita)

Frente a la disminución de la atención en los servicios de salud locales, derivada de la estrategia nacional de *Reconversión hospitalaria*, el miedo les hizo preocuparse sobre a donde acudirían en caso de sintomatología asociada a COVID.

“Tuve mucho miedo, si, que unos dicen la semana pasada que pasó tuvieron mucha calentura, mucha gente tuvieron calentura con diarrea, dolor de cabeza, si, si es que, este tenía miedo, es que no sé dónde voy acudir si algún día pus me llega calentura, no sé dónde voy a ir”. (Mercedes)

3.4. Quedarse en casa implica riesgos

La imposición u adopción de la estrategia “Quédate en casa” no representó para ellas un cambio radical en su cotidianeidad, ya que habitualmente salen poco del espacio doméstico

“Pues no salimos, estamos aquí nada más, nada más cuando vamos a la iglesia, pues es cuando ahí hay poquito de gente, pero casi no, nos estamos adentro, si vas ir a comprar te vas a la tienda y te regresas, pues casi no salgo”. (María)

“¿Ya se dio cuenta del tamaño de la casa, la limpieza que hay que hacer y todo eso? yo estoy acostumbrada a estar nomas aquí, no soy de las personas que les guste andar en la calle, entonces para mí es algo normal quedarme aquí”. (Elizabeth)

No obstante, hubo quien señaló que esta prescripción hizo más difícil mantener la comunicación con otras personas de la comunidad por lo que se limitó su acceso a información. El “no salir” intensificó y legitimó el incipiente acceso al espacio público

“Sí, pero ahorita casi no salgo, nada, igual casi no salgo así a platicar, pues no”. (Esperanza)

“Sí, no tenemos nada que hacer, mejor en casa es lo que nos han dicho hasta el momento, sí. Pues ahorita no hago nada, nada más estoy ahora sí que nada más así, haciendo cosas pequeñas en el hogar, lejos no voy, nada más aquí, aquí”. (Leticia)

“Pues hubo muchos [mensajes de que] que se cuidaran, que no salieran, nosotros ya nos acostumbramos, no nos acostumbramos a salir mucho así fueras, aquí hay cosas que tenemos que comprar para la cocina”. (Guille)

Lo que poco se problematizó, es cómo el riesgo para las mujeres embarazadas no se circunscribe al ámbito público, tanto como en el interior de sus hogares, particularmente porque en estos espacios, independientemente de su condición de edad, salud o embarazo, son las responsables de cuidar de las otras personas

“Pues la verdad, sí, cuando a uno le duele la cabeza o empieza con gripa, le dicen que no se acerquen, pero es mi familia, la tengo que cuidar, donde lo voy a dejar, más si es mi hijo, mi esposo, lo tengo que cuidar, pues sí, porque uno dónde los va a dejar, es la familia, es lo más importante que uno tiene, pues sí”. (María)

Anita, quien experimentó la enfermedad, relató lo complejo que fue padecerla, cuando en su casa es ella quien provee los cuidados, sin recibir el apoyo de nadie en su red social, lo que le implicó transcurrir la enfermedad sin ser cuidada, y lo que es más, sin poder dejar de proveer de cuidado a su hijo, con el riesgo de contagiarlo

“Yo me enfermé y así de que uno se hubiera alejado de mí así no, pues le digo que estaba yo aquí acostada sola y mi niño sin que nadie le diera de comer, pues me sentí mal porque pues veía ahí mi niño llorando a un lado mío”. (Anita)

Finalmente, las mujeres dieron cuenta de la exclusión y generación de situaciones adversas derivadas de las políticas planeadas para reducir su riesgo, al no considerar que muchas viven solas porque sus parejas han migrado. Rosa tiene un niño pequeño de seis años y cada 15 días debía trasladarse a la cabecera municipal para cobrar el dinero que su esposo enviaba, sin embargo, en los establecimientos se prohibió la entrada a los niños, lo que le significó una limitación.

“Sí, un poco de tristeza, coraje no, tristeza, vas lejos y necesitas comprar unas cosas pues te regresas, ahorita por ejemplo no puedes llevar los niños, dicen, mejor que se queden, si vas se va uno sola, hasta ahorita ya no he llevado a mi niño”. (Rosa)

4. Discusión

La percepción del riesgo sobre la COVID 19 se complejiza en la existencia de imaginarios que se tienen respecto a la propia enfermedad, la reproducción/maternidad y el rol social de género, que contribuyen a la percepción de una vulnerabilidad sustentada en condiciones estructurales tales como el género, la pobreza y el territorio; sin embargo, al ser condiciones sobre las que poseen poca agencia, las mujeres recurren para convivir con el riesgo, a la fe, la espiritualidad y esperanza en su deidad. Lo anterior, si bien no se incorpora como tal en una inmunidad subjetiva, se adscribe al campo de la antropología del riesgo y fue propuesto para explicar la tendencia y disposición de las personas para ignorar peligros cotidianos que se tornan comunes, o para restar importancia a peligros que se consideran que es poco probable que ocurran (Mairal, 2013:83).

Las mujeres identifican de manera incipiente las condiciones que contribuyen a incrementar el riesgo, sin embargo, las condiciones de desigualdad enmarcadas en la construcción social del género las llevan a romantizar e ignorar los riesgos reproductivos, esto, aunado a otros imaginarios sociales, tales como que la COVID 19 como enfermedad de viejos, que los sitios de salud son espacios contaminados y de riesgo, complejiza un posicionamiento asertivo frente al riesgo. A continuación, se discutirá cada uno de estos ejes.

Respecto a la romantización/exigencia de la reproducción, es preciso reconocer que el mundo existe antes de nuestra llegada, es decir, cuando nacemos existen una serie de imaginarios y mandatos sociales, que moldean tanto nuestra forma de pensar como las elecciones que (no)podemos hacer (Blumer, 1982:21). Uno de los mandatos de género más potentes, es la exigencia social que se nos hace para que cumplamos con la reproducción y el maternaje (Bacellar y Mayorga, 2019), el cual se soslaya en un imaginario que contempla nuestro cuerpo en dualidad con los hijos, y que en dicho sentido, no puede ubicarnos en un espacio distinto al de la reproducción, lo que adquiere mayor peso cuando se trata de mujeres indígenas (Denuncio, 2021).

La gestación representa en su imaginario, una situación ineludible respecto a la que no se reconoce agencia, sino que se interpreta más bien, como una cuestión sujeta a una voluntad divina. No importa que desde la ciencia se argumente que la pandemia incrementa los riesgos de muerte materna, pues se contempla poco probable un desenlace fatal para algo que fue asignado desde lo divino, incluso aun, cuando esta gestación pudiera derivar en muerte. El riesgo es conocido y percibido, pero la función religiosa (cristiandad), la función moral-colectiva y la función histórica-social (la colonización del género) sobrepasan el cuidado y prevención del riesgo percibido. La aceptación de dicho riesgo es aceptada puesto que el ser madre se considera uno de los más importantes *compromisos con la colectividad*, motivo por el cual se rebasa el beneficio individual y el riesgo de la propia muerte (Esposito, 2003).

En lo que respecta al segundo eje, que refiere a la asociación "COVID- viejos", se dio cuenta de que la comunicación del riesgo centrada en el aislamiento de las personas adultas mayores, que circuló en medios de comunicación y en el discurso del personal de salud, generó un imaginario que no solo reforzó el imaginario edadista (Bravo y Villa, 2020) sino que contribuyó a que otros grupos construyeran imaginarios que les permitieran eximirse del riesgo, atribuyéndose cualidades que les colocaban en una posición de aparente inmunidad (subjetiva).

Construir en el imaginario colectivo divisiones clasificatorias respecto al riesgo, ha sido explicado en el campo de la sociología del riesgo, como una tendencia de las personas a buscar dotarse de seguridad y certezas en medio del caos, a manera de lo que sería una especie de mecanismo social de defensa (Luhmann, 2007). Esta "confianza" construida sobre bases firmes o no, es un mecanismo psicológico que las personas desarrollan para convivir con amenazas que se hacen parte de la vida cotidiana y que funciona como una especie de fe que orienta la relación mundo objeto y la auto identidad, para que el mundo parezca menos amenazante (Giddens, 1992:45).

Si bien algunas de las mujeres han comenzado a elaborar el constructo de su propia vulnerabilidad, éste se edifica no sobre la comprensión profunda de ésta, ni retomando los discursos sanitarios, sino porque se han visto repentinamente excluidas de los espacios en los que también se excluye a las personas ancianas, en este sentido, construyen su percepción del propio riesgo sobre el imaginario de "la enfermedad propia de viejos", lo cual las coloca de forma indeterminada frente al riesgo, una situación caótica en la que no logrando ubicarse socialmente respecto al riesgo, mantienen un estado límbico frente a la amenaza, en un estado de confusión que logra movilizar el estado de confort frente a la amenaza, sin tener fuerza suficiente para impulsar estrategias para hacer frente al riesgo (Bauman, 1996:56).

El tercer eje alude a la identificación de los sitios de salud como espacios contaminados y de riesgo, precipitado en función de las medidas de protección sanitaria que en este lugar se llevaron a cabo y que contrastó con las medidas implementadas en el resto de la región. La ausencia de información para interpretar esta acción, generó miedo y propició la evitación de acercarse a estos escenarios. El miedo aunque se reconoce como una emoción que contribuye a la supervivencia (Luna, 2007), su persistencia en el tiempo se ha señalado como contribuyente a la construcción de estigmas con el potencial de afectar la cohesión social. En este caso, los lugares y las personas se resignificaron y lo cotidiano se tornó peligroso y en dicho sentido indeseable. Los sitios de salud se vieron como de enfermedad y esto precipitó el

alejamiento de los servicios de salud, lo que aportó a la vulnerabilidad de las mujeres frente al riesgo, por una parte, porque para ellas se tornó indeseable acercarse a estos centros.

Finalmente, el género emergió como un obstáculo a tener en consideración en las estrategias para contener el riesgo, un asunto que poco se ha reflexionado hasta ahora en el discurso y las estrategias sanitaristas (Castellanos, Mateo y Chilet, 2020), y es que, se identificó que estas mujeres pueden gestionar más el riesgo que enfrentan en el espacio público que en el privado, ya que en este último no tienen posibilidad de desprenderse de la obligación del cuidado de los otros, independientemente de que estos estén enfermos o no, o incluso estando enfermas, producto de lo una crisis de cuidado en los Estados, donde se han dictado medidas de confinamiento para evitar el colapso de los servicios de salud a costa de la sobrecarga de cuidados en los espacios domésticos (ONU mujeres, 2020). La perspectiva capitalista de los Estados no permite reconocer el extenuante trabajo que las mujeres ejercen dentro del hogar, es más, ni siquiera se preguntan cómo se reorganizará la dinámica dentro de este espacio, pues se da por hecho que el mandato social del cuidado impuesto sobre las mujeres está dado (Santos, Clemente, Abreu, Souza, 2020).

El confinamiento como se ha visto en esta investigación, implica además retrocesos en la participación social de las mujeres y en el acceso de éstas al espacio público, bajo la prescripción homogénea de la estrategia *quédate en casa* poco se reconoce sobre las acciones que sostienen las demandas de la vida cotidiana y la dinámica de su cotidianidad, y que si las convence, las excluye del espacio público a la par que se invisibilizan. CEPAL ha sido insistente en señalar la necesidad de implementar estrategias que no profundicen las desigualdades y la exclusión social de los grupos más vulnerados, especialmente en las mujeres indígenas (CEPAL; 2020; Benza y Kessler, 2021), quienes enfrentan un rezago histórico en función de su adscripción étnica, género, pobreza y acceso a la educación (Freyermuth, 2016).

5. Consideraciones finales

Es urgente transversalizar la perspectiva interseccional en las políticas y estrategias sanitarias para la contención del riesgo. Las personas que hacen parte en el diseño, planificación, instauración y vigilancia de las políticas y estrategias para contener al SARS-CoV-2 deben reconocer que los significados en torno al riesgo guardan relación con la visión del mundo compartida colectivamente pero también con las condiciones que caracterizan la realidad donde las poblaciones indígenas construyen su vida y que repercuten en la forma de ejercer agencia para la gestión del riesgo.

4. Referencias

Arenas, L. (2021). *Aumenta la mortalidad materna: el impacto silencioso de la Covid-19 en América Latina*. Ojo Público. 2021. <https://ojo-publico.com/2582/aumenta-la-mortalidad-materna-en-america-latina-en-pandemia>

Bacellar, P., Mayorga, C. (2019). *Violências e Instituição Maternidade: uma Reflexão Feminista Decolonial*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e225712. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225712>

- Bauman, Z. (1996). *Modernidad y ambivalencia*. En J. Beran (Comp.) *Las consecuencias perversas de la modernidad* (pp. 73-120). Barcelona: Anthropos
- Benza, G., Kessler, G. (2021). El impacto de la pandemia en América Latina: retrocesos sociales e incremento de las desigualdades. *Lavbotario, Revista de estudios sobre cambio estructural y desigualdad social*, 31, 12-33. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/lavboratorio/article/view/7160/pdf>
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Hora.
- Bravo, S., Villa, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*, 55(5), 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>
- Castellanos, E., Mateos, J.T y Chilet, E. (2020). COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*, 34 (5), 419-421. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007>
- CEPAL. 2020. *El desafío en tiempos del COVID 19*. 13 de agosto de 2020. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf
- Denuncio, A. (2021). Mujeres indígenas y espacio público: Maternidad, violencias y conciencia femenina colectiva. *Etnografías Contemporáneas*, 7(12), <http://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/article/view/921>
- Doubova, S.V., Robledo, Z.A., Duque, C., Borraro, G., González, M., Avilés, R., Contretras, S., Leslie, H., Kruk, M., Pérez, R., Arsenault, C. (2021). Overcoming disruptions in essential health services during the COVID-19 pandemic in Mexico. *BMJ Global Health*, 7, e008099. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008099>
- Douglas M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Paidós.
- Espósito, R. (2003). *Communitas: origen y destino de la comunidad*. Amorrortu.
- Flick U. (2015). *El diseño en investigación cualitativa*. MORATA, S. L.
- Freyermuth, G. (2016). Determinantes sociales en la mortalidad materna en México. *Revista CONAMED*, 21(1), 25-32. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con161e.pdf>
- Giddens, A. (1992). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Cátedra.
- Giddens A. (1984). *The constitution of society: An outline of the theory of structuration*. Polity Press.
- Hantoushzadeh, S., Shamshirsaz, A.A., Aleyasin, A., Seferovic, M.D., Aski, S.K, Arian, S.E, Pooransari, P., Ghotbizadeh, F., Aalipour, S., Soleimani, Z., Naemi, M., Molaei, B., Ahangari, R., Salehi, M., Oskoei, A.D., Pirozan, P., Darkhaneh, R.F, Laki, M.G., Farani, A.K, Atrak, S., et al. (2020). Maternal death due to COVID-19. *Am J Obstet Gynecol*, 223(1), 109.e1-109.e16. DOI: [10.1002/ajog.13726](https://doi.org/10.1002/ajog.13726)
- Luhmann, N. (2007). *Sociología del riesgo*. Universidad Iberoamericana
- Luna, R. (2007). *Emociones y subjetividades. Continuidades y discontinuidades en los modelos culturales*. En Luna, R. y Scribano, A. (Comps.) *Contigo aprendí. Estudios sociales sobre las emociones*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)-Universidad de Guadalajara (UdG), Córdoba
- Mairal, G. (2013). *La década del riesgo: situaciones y narrativas de riesgo en España a comienzos del siglo XXI*. Los Libros de la Catarata.
- OMS/OPS. (2020). *Alerta Epidemiológica COVID-19 durante el embarazo*. Washington, D.C; 2020. <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-durante-embarazo-13-agosto-2020>
- ONU Mujeres. (2020). *La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento*. <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>

- OPS. (2020). *Comunicación de riesgos y participación comunitaria (CRPC). Plantilla para planificación*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-comunicacion-riesgos-participacion-comunitaria-crpc>
- Pérez, M., Galicia, M.P. (2021). Un fantasma recorre lo rural: experiencias de comunidades rurales e indígenas ante el COVID 19. *Revista CoPaLa*, 13, 57-70. <https://doi.org/10.35600/25008870.2021.13.0202>
- Pintos, J.L. (2005). Inclusión-exclusión. Los imaginarios sociales de un proceso de construcción social. *Semata: Ciencias sociais e humanidades*, 16, 17-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1154801>
- Rasmussen, S.A., Smulian, J.C., Jamieson, D.J. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID 19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*, 222(5), 415-426. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ajog.2020.02.017>
- Reyes, L. (2021). Percepción de la covid-19 entre la población indígena zoque de Chiapas. *Revista Pueblos Y Fronteras Digital*, 16, 1-23. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2021.v16.523>
- Santos, J., Clemente, V., Abreu, K, y Souza, L. (2020). A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. *Revista Feminismos*, 8(3), 149-161. <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42114>
- Secretaría de Salud de México. (2022). *Informe integral de COVID 19 en México. Impacto de la epidemia en personas con situación de vulnerabilidad: complicaciones de la COVID 19 en el embarazo, parto y puerperio*. Número 03-2022. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/02/Info-03-22-Int_COVID-19_16feb22.pdf
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Suárez, M., Valdés, C.M., Galindo, C., Salvador, E., Ruiz, N., Alcántara, I., López, M., Rosales, A., Lee, W., Benítez, H., Juárez, M.C., Bringas, A., Oropeza, O., Peralta, A., Garnica, R. (2021). Índice de vulnerabilidad ante el COVID-19 en México. *Investigaciones geográficas*, (104), e60140. <https://doi.org/10.14350/riq.60140>

Sandra Grisell Rubio Martínez

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, S.L.P, México
 <https://orcid.org/0000-0001-6164-6778>
✉ sandrarubiogm@gmail.com

Yesica Yolanda Rangel Flores

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, S.L.P, México
 <https://orcid.org/0000-0001-5673-6891>
✉ yesica.rangel@uaslp.mx