

Experiencia de COVID-19 y Covid largo en un grupo de médicas y médicos especialistas

Anabella Barragán Solís* • Miguel Jiménez Olvera**

RESUMEN

Se presenta una descripción y análisis de la experiencia de COVID-19 en un grupo de médicos y médicas especialistas, 21 participantes, 14 mujeres y 7 hombres, quienes ejercieron su profesión durante la pandemia y que actualmente cursan la Alta Especialidad de Algología avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México, en un hospital público de tercer nivel. Se aplicó un cuestionario mixto con preguntas cuantitativas y cualitativas para explorar las representaciones experiencias y prácticas de atención a la infección respiratoria aguda por SARS-CoV-2 y las secuelas físicas y emocionales de *long Covid* o Covid largo, los síntomas y prácticas de atención; lo que permitió observar la magnitud de afectaciones por COVID-19 y Covid largo en el grupo de estudio y la complementariedad de diversos sistemas médicos: la autoatención, el modelo médico hegemónico y las medicinas complementarias, que se realiza a través de la agencia de los actores sociales y demuestra la necesidad de establecer políticas públicas acorde con la realidad de este diálogo de saberes.

PALABRAS CLAVE: Pandemia de COVID-19, médicos, Covid largo, trabajadores de la salud, medicinas complementarias.

Experience of COVID-19 and long Covid in a group of specialist doctors

ABSTRACT

A description and analysis of the experience of COVID-19 and long Covid is presented in a group of specialist doctors, 21 participants, 14 women and 7 men, who practiced their profession during the pandemic and who are currently studying the High Specialty of Algology endorsed by the University Autonomous National of Mexico, in a tertiary public hospital. A mixed questionnaire with quantitative and qualitative questions was applied to explore the representations, experiences and practices of care for acute respiratory infection by SARS-CoV-2 and the physical and emotional sequelae of long Covid, symptoms and care practices; which allowed us to observe the magnitude of effects due to COVID-19 and long Covid in the study group and the complementarity of various medical systems: self-care,

* Escuela Nacional de Antropología e Historia – INAH. Correo electrónico de contacto: anabsolis@hotmail.com

** Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico de contacto: migueljiol@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 19 de abril de 2024.

hegemonic medical model and complementary medicines, which is carried out through the agency of social actors and demonstrates the need to establish public policies in accordance with the reality of this dialogue of knowledge.

Keywords: COVID-19 pandemic, doctors, long Covid, health workers, complementary medicines.

Introducción

En este trabajo queremos dar cuenta de las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la corporeidad de un grupo de médicos especialistas en tanto actores centrales del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990). Partimos de explorar la corporeidad por ser el cuerpo el lugar donde se materializa la realidad objetiva y subjetivada de la experiencia, en este caso las vivencias en el entorno laboral y social en el contexto de la pandemia, y al ser la experiencia una construcción procesual singular y a la vez colectiva, hace posible observar los significados, las prácticas, las normas y su resignificación en un momento de ruptura de la cotidianidad, que implicó la pandemia aunada al posible padecimiento de COVID-19. En ese contexto el interés es conocer las experiencias de los médicos y médicas en tanto curadores biomédicos y como sujetos percibientes y sintientes (Dorra, 2003). Esta experiencia es posible recuperarla a través del análisis de las representaciones sociales en las respuestas proporcionadas a través de la aplicación de un instrumento metodológico mixto. Hay que señalar que aquí entendemos las representaciones sociales en las respuestas que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas (Jodelet, 2008), estas representaciones son los ejes que condicionan el actuar de los sujetos, a partir de las cuales

explicarán sus experiencias y prácticas desde sus diversos contextos culturales.

Esta investigación se desarrolla con los marcos explicativos de la antropología médica, subdisciplina de la antropología social encargada del estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (s-e-a-p) (Menéndez, 2020) y muerte, de las poblaciones humanas en contextos socioculturales acotados que ha integrado entre sus campos de estudio la multiplicidad de la experiencia vivida de la enfermedad (*disease*) y el padecer (*Illness*) (Fabrega, 1972). Enfermedad entendida como el conjunto de signos y síntomas ocasionados por la alteración del organismo a partir de los cuales se establecen parámetros de objetividad para determinar, tipificar y construir diagnósticos desde un conocimiento teórico técnico; y el padecer como aquellas experiencias de vida de las personas afectadas por un trastorno, quienes desde su subjetividad explican, valoran y determinan las acciones a seguir para afrontar las vicisitudes del quiebre de la cotidianidad de su vida ocasionada por la enfermedad, y que involucra la intersubjetividad con su red social de relación.

La antropología médica aborda también el estudio de los diversos contextos, estrategias de atención y los curadores como elementos estructurales de los sistemas etnomédicos que incluyen el biomédico, en las diferentes culturas en las que actúan

(Genest, 1980). Eduardo Menéndez (1983; 2020) propone en la antropología un instrumento metodológico basado en rasgos estructurales de valor heurístico, los modelos médicos, específicamente tres diferentes modelos de atención, en los cuales se engloban las prácticas curativas o de prevención de los grupos sociales, el Modelo Médico Hegemónico, que corresponde al sistema biomédico, cuyos elementos estructurales son: una concepción biologicista y evolucionista-positivista de la enfermedad, es un modelo médico ahistórico, individualista, sustentado en su eficacia pragmática, con una participación subordinada de los usuarios o consumidores, de quien se excluye su saber, tiene una legitimación jurídica y académica. El Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS): en él se incluyen las prácticas médicas no occidentales como la acupuntura, la medicina ayurvédica, la medicina tradicional, la herbolaria china, la homeopatía, etc. y un conjunto de prácticas alternativas derivadas de la biomedicina. El MMAS estructuralmente tiene una concepción globalizadora de los padecimientos, supone la eficacia simbólica y la sociabilidad, es ahistórica y tiende a lo pragmático y también tiene una relación asimétrica con los consumidores. El Modelo Médico de Autoatención: es estructural a todas las poblaciones y supone el primer nivel real de atención, se trata del diagnóstico y atención llevados a cabo por los propios afectados o su grupo de relación, las acciones que se establecen tienen la finalidad de la cura, y se deciden sin que medie un curador profesional, tiene funciones curativas, socioeconómicas y básicamente una eficacia pragmática, tiende a concebir la enfermedad como mercancía, a sintetizar y apropiarse de las prácticas médicas de diversos orígenes y horizontes culturales, y también tiende a asumir la subordinación respecto a otros modelos (Menéndez, 1983; 1990). El amplio espectro que abarca la an-

tropología médica contribuye a que la antropología coadyuve a la resolución de las problemáticas de salud al proporcionar elementos de reflexión y resultados que permitan tomar decisiones en las esferas correspondientes para constituir políticas públicas en beneficio de los grupos sociales en situaciones de vulnerabilidad y mejorar así su calidad de vida (Daltabuit y Mejía, 2000).

Entre los campos de investigación de la antropología médica está el de la experiencia de la enfermedad en instituciones biomédicas, incluyendo el contexto hospitalario, sea para investigar determinados padecimientos en distintos grupos sociales, la construcción de los saberes del personal de salud, la relación médico-paciente, o la salud de los trabajadores de la salud, entre otros temas. Es por ello que consideramos pertinente investigar la experiencia vivida de un grupo de médicos y médicas especialistas en el contexto de sus actividades laborales y las repercusiones en la esfera física y emocional, así como reconocer los elementos de identidad profesional y laboral (Arganis, 2003).

Reconocemos que el hospital altamente tecnificado se ha convertido a partir de la segunda mitad del siglo XX, en el elemento central de los servicios de atención médica (Lara, 1999:421), y la problemática que nos ocupa se relaciona íntimamente con el espacio en el que se desempeña el grupo laboral de nuestro interés, porque durante la pandemia de COVID-19 la interacción con los usuarios se realizó de manera fundamental en los hospitales, éstos son parte integrante de la organización médica social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. “El hospital es también un centro

de formación de personal médico sanitario y de investigación biosocial”, como se demuestra en el grupo de médicos y médicas de este estudio.

Debemos subrayar que se reconoce que las situaciones laborales repercuten en la salud de los trabajadores de la salud, los turnos de trabajo resultan agobiantes, sean en instituciones de salud públicas o privadas, lo que repercute en sus tiempos de descanso, interacción social, familiar y de pareja, así como en su alimentación, todo ello se refleja obligadamente en su cuerpo (Barragán, Ramírez y Barragán, 1998). Lara (1999) declara que “La salud implica un problema social, una necesidad y un derecho común a toda la humanidad; hacer realidad ese derecho no sólo compete al estado y a las autoridades sanitarias, sino a toda la comunidad intelectual” (1999: xix).

Por otra parte, reconocemos que las emociones son estructurales de la corporeidad humana son procesos sociales con significación cultural e histórica, se pueden considerar como el punto de interacción entre lo individual y lo social, que en suma constituye la cultura afectiva (López, 2017; Le Breton, 1999). Así es como en el cuerpo de los sujetos en tanto actores sociales se instauran las vicisitudes del padecer, y donde se encarnan las contradicciones y los valores culturales.

Siguiendo estas ideas, queremos indagar sobre la experiencia de un grupo de médicos y médicas durante la pandemia de COVID-19 y las posibles secuelas de haber padecido la enfermedad. Para ello, la exposición de este trabajo se estructura en diversos apartados: en la pandemia de COVID-19, se describen algunos elementos contextuales que ubican la problemática para entretener su comportamiento con el entorno del grupo de estudio; en material y método se explica la construcción de la

información y la forma de análisis; luego se arriba a los resultados y discusión de la parte nodal de esta participación: la enfermedad de COVID-19, en la que se exponen algunos datos cuantitativos, para luego mostrar las representaciones de la causalidad y las prácticas de atención de la covid en la particularidad del grupo explorado, la aparición de las vacunas, y el padecer Covid largo. En la exposición se entretienen, a modo de triangulación, las respuestas del grupo de estudio con algunos resultados paralelos de investigaciones recientes con lo que se permite el diálogo y los encuentros especulares o diferencias. En las conclusiones se reflexiona sobre los hallazgos que se encaminan a sensibilizar a los equipos sanitarios y a los tomadores de decisiones para reconocer la importancia cardinal de las repercusiones en la salud de uno de los grupos nodales del sistema nacional de salud, protagonista indiscutible en este evento pandémico histórico, los médicos y médicas.

La pandemia de COVID-19

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), un síndrome respiratorio agudo severo que se originó en China, donde se notificaron un grupo de casos de neumonía de origen desconocido el 31 de diciembre de 2019 a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y cuyo agente fue identificado el 7 de enero de 2020, denominado Coronavirus 2 del síndrome Respiratorio agudo Grave (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés) que genera la enfermedad infecciosa COVID-19 (en este trabajo usamos covid y COVID-19 como sinónimos), con una alarmante propagación y alta gravedad (Kánter, 2020). El primer caso en México se registró el 27 de febrero de ese año, se trataba de un hombre de 35 años que había estado en Italia. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19

como una pandemia. Fue el 18 de marzo que se anunció por los medios de comunicación el primer fallecimiento en México por esa enfermedad, se trataba de un varón de 41 años con diabetes infectado por SARS-CoV-2, según los noticieros se había infectado al asistir a un concierto de rock en el Palacio de los Deportes en la Ciudad de México 15 días antes de su deceso. A partir del 20 de marzo se suspendieron las clases en las escuelas (Maguey, 2023). “El 24 de marzo de 2020, el periódico británico *The Guardian* informó que 1700 millones de personas, cerca de un quinto de la población mundial, estaba encerrada en sus casas” (Lins, 2021:108). Con respecto a la atención de la emergencia sanitaria, “se vaticinó en la radio pública de Estados Unidos que la eficacia en la atención variaría de país a país, de acuerdo con la robustez de su sistema de salud pública” (Rojas, Estrada y Warn, 2021:199). En México, diversas voces habían señalado la crisis del sistema nacional de salud, la precariedad de la infraestructura en prácticamente toda la república, así como la insuficiencia de personal de salud en general, en un contexto de fuertes desigualdades socioeconómicas (Menéndez, 2020), panorama al que se sumó lo que un funcionario de la Secretaría de Salud declaró categóricamente: “En México, la pandemia llegó a un país enfermo [...] dados los altos índices de diabetes, hipertensión y obesidad, que han resultado ser factores de riesgo considerables”, y declaró que: “El personal de salud ha estado expuesto al riesgo de contagio desde antes de que se tomaran medidas de contención como la reconversión hospitalaria” (Rojas, Estrada y Warn, 2021:199). El relato vivencial de una enfermera permite observar el ambiente que se vivía en esos momentos en México: “Hubo días que en 24 horas fallecieron más de 30 personas, motivo por el cual se tuvo que contratar un tráiler-congelador para el resguardo de los cuerpos a un costado del

estacionamiento; algunos compañeros ni siquiera quisieron verlo [...] hubo rumores de que “olía feo, a cuerpos en descomposición”, nada que se comprobara, más bien era el miedo que se respiraba” (Carmona, 2020:538).

“El desconocimiento de la enfermedad, la falta de protocolos oportunos y claros, así como la dificultad para el diagnóstico, ocasionaron contagios comunitarios en el interior de algunos hospitales” (Rojas, Estrada y Warn, 2021:199). Esta situación también se reflejó en los reportes de lo que sucedía alrededor del mundo: en el mes de septiembre de 2020 al menos siete mil trabajadores de la salud habían muerto víctimas del contagio del virus SARS-CoV-2, y México había aportado el 18.9% de los fallecimientos (1320 personas), lo que significaba que al menos uno de cada cinco trabajadores del sector salud habían fallecido en México (Rojas, Estrada y Warn, 2021), este hecho conmocionó al gremio.

Algunos datos publicados por distintos medios de prensa señalaron el porcentaje del personal de salud contagiado del total de casos de covid, en mayo de 2020, en Brasil del total de casos, el 24.5% correspondió al personal de salud; en Bahamas, 23.7%; en Costa Rica 20.4%; en Paraguay 16.7%; en México 15%; en Ecuador (12.7%), en Uruguay (12%), en Cuba (5%), en Bolivia (6.4%), en Argentina (6%), en Chile (5.6%); en Estados Unidos (2.9%) y en Perú (2.9%) (Pérez y Douvoba, 2020). Datos más recientes, indicaron que, hasta diciembre de 2023, según la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), los cinco países con mayor número de muertes por COVID-19 fueron: Estados Unidos (1,144, 877); Brasil (702, 116); India (533,316) y México (334, 938). Seguidos de Reino Unido (con 232,112), Perú (221,564), Italia, Alemania,

Francia, Indonesia, tuvieron entre 190 a 161 mil defunciones (WHO, 2023). Esta misma fuente señaló que el número de casos de COVID-19 confirmados en México fue de 7,702,582, recordemos que México tenía 126,014,024 habitantes en 2020 (INEGI, 2020). Al 1 de julio de 2023 la tasa de incidencia por cada mil habitantes era de 2.7, y una tasa de mortalidad de 0.01 (Informe Integral de COVID-19 en México, 2023). Debido a la disminución sostenida de muertes por COVID-19, disminución de las hospitalizaciones y de ingresos a las unidades de cuidados intensivos, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, declaró el 8 de mayo de 2023 que la COVID-19 ya no constituía una emergencia de salud pública internacional, por lo que se manejaría junto con otras enfermedades infecciosas (OPS/OMS, 2023).

Sin embargo, las cifras del párrafo anterior, mueven a la reflexión y a la necesidad de indagar las condiciones actuales de las personas que padecieron y enfermaron de COVID-19; de manera particular aquí nos enfocamos a los médicos y médicas en tanto trabajadores de la salud. Ya que se ha reconocido que el *long Covid* o Covid largo se trata de una serie de síntomas que padecen al menos 15% de las personas que se contagiaron con el virus SARS-CoV-2, quienes presentan cansancio, dolores de cabeza, fatiga crónica, niebla mental, dolores articulares, tos persistente, dificultad para hablar y fiebre, entre otros síntomas (Chávez, 2023). A partir de este contexto las preguntas de investigación para esta exploración son: ¿Cuál fue la experiencia de la pandemia de COVID-19 en un grupo de médicos y médicas durante su ejercicio profesional en la pandemia? y ¿Cuál es la experiencia actual de Covid largo en el grupo de estudio?

Material y método

Desde la propuesta metodológica de Zemelman (1997) en este trabajo es necesaria la construcción de un enfoque mixto, es decir cuantitativo y cualitativo, el primero a través de un contexto externo conformado por la magnitud de la problemática de interés, a partir de datos demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos, como ya se han señalado en párrafos anteriores, y el contexto interno (cualitativo) que se remite a la conformación de la experiencia de sujetos específicos en su cotidianidad. Siguiendo estas premisas aquí exploramos las repercusiones en la salud y la afectividad de los profesionales que participaron en la atención de los enfermos con COVID-19, durante la pandemia provocada por el SARS-CoV-2. Con el fin de conocer su experiencia con la enfermedad en su propia persona y las posibles secuelas o Covid largo. Una exploración que pretende coadyuvar al conocimiento de esta enfermedad emergente y su relación con los trabajadores de la salud, en este caso un grupo de médicos y médicas.

En el mes de septiembre de 2023 se llevaron a cabo los acuerdos con las autoridades de un servicio de clínica del dolor en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, para iniciar una investigación de largo aliento denominada “La salud de los trabajadores de la salud y los protagonistas de la algología en México”; se decidió iniciar por el primer punto e indagar sobre COVID-19, debido a las inquietudes de algunos miembros del grupo médico acerca de las repercusiones en la salud del gremio que atiende en ese servicio. En el mes de octubre de 2023 se conformó un grupo de estudio de 21 médicos y médicas especialistas (14 mujeres y 7 hombres) que constituyen el total de estudiantes que se forman en el curso con duración de un año denominado de Alta Especialidad de Algología, quienes coadyuvan en

la atención a los usuarios del servicio. Fue durante una sesión académica que se aplicó un instrumento de 80 reactivos, que contiene preguntas cuantitativas cerradas y cualitativas abiertas, el cual se contestó por cada uno de los participantes de puño y letra. La aplicación se realizó previo consentimiento bajo información. Con fines de confidencialidad se omitió el nombre de los participantes, el del hospital donde se llevó a cabo el trabajo de campo, así como las instituciones de adscripción de los y las médicas a quienes se aplicó el instrumento.

El cuestionario consta de cinco secciones, la primera contiene preguntas acotadas a caracterizar al grupo de estudio desde elementos sociodemográficos, y así se nombra esa sección. En la segunda se incluyen preguntas acerca de la trayectoria al trabajo y el perfil profesional, aquí como en la anterior, la mayoría son reactivos de opción múltiple, la tercera sección se dedica a la dimensión educativa, la cuarta especifica preguntas sobre la trayectoria laboral, la vida cotidiana, la imagen del riesgo en el trabajo y la experiencia de las repercusiones de la actividad laboral en la salud, para ello se usan preguntas abiertas, que tienen la intención de recuperar las representaciones del devenir de la experiencia corporal en el entorno de trabajo, y “dar cuenta de ese cuerpo-persona [...] que siente miedo, frustración, se cansa, un homo complexus en el que se intersecta el profesional, el padre, madre, hermana, esposo, esposa, pero por sobre todas, a quien tiene la vocación de servicio del cuidado de los demás” (Angeles y Castro, 2022:79). La quinta sección: Experiencias durante la pandemia de COVID-19; consta de preguntas abiertas que indagan sobre el contagio, las representaciones de la causalidad, las prácticas de atención y se interroga sobre el Covid largo.

En este trabajo se privilegia el análisis de las dos últimas secciones, debido a la amplitud de temas que se exploraron con el instrumento. Cabe señalar que tanto Zemelman (1997), como Angeles y Castro (2022), coinciden en la importancia de establecer diálogos metodológicos entre lo cuantitativo y lo cualitativo, por un lado, el contexto cuantitativo que tiende a la objetividad y por el otro la construcción de la memoria narrativa que obligadamente involucra a la corporeidad, trae al escenario la experiencia corporal significada, una “forma de recordar con el cuerpo” (Angeles y Castro, 2022:77).

Se construyó una base de datos en Excel y se calcularon medidas de tendencia central, aunque al tratarse de un grupo de estudio pequeño, en la exposición de los resultados se privilegiaron los datos totales y se comparan los resultados al interior del mismo grupo, cuando se consideró pertinente se usaron porcentajes y promedios. Las preguntas abiertas se transcribieron integralmente para luego aplicar la codificación siguiendo el eje de las preguntas de investigación, se buscó la centralidad narrativa para detectar las categorías y se seleccionaron las narrativas para integrarse al texto.

Resultados y discusión

El grupo de estudio está constituido por 21 médicos y médicas (14 mujeres y 7 hombres), 15 son especialistas anesthesiólogos (nueve mujeres y seis hombres); tres mujeres y un hombre son especialistas en pediatría, una mujer es especialista en rehabilitación y otra en medicina familiar. Acerca de la edad, resultó que el rango entre las mujeres fue de 28 a 38 años, con un promedio de 32 años. Y el grupo de varones tiene entre 28 a 32 años, con promedio de 29.8. La mayoría, 17 participantes son mexicanos por nacimiento, y cuatro

son extranjeros, tres de Colombia y uno de Ecuador. Actualmente, la mayoría (18), residen en la Ciudad de México, y dos viven en el Estado de México y uno en Veracruz. La mayoría son solteros (as), 14, cinco viven en unión libre y dos son casados. Dos de las mujeres una casada y otra en unión libre, tienen dos o un hijo, respectivamente, el resto (19) dijo no tener hijos. Con respecto a la madre y padre de los participantes, en 12 de ellos y ellas al menos uno de sus progenitores es profesionista universitario, los padres de cinco participantes tienen carrera técnica o bachillerato, y nivel de secundaria en dos casos de ambos padres, y en dos parejas de progenitores las madres tienen estudios de nivel primaria y los padres de secundaria. Los cónyuges o parejas de las y los siete participantes unidos, son profesionistas (tres de ellos con estudios de posgrado). Estos datos coinciden con el análisis sociodemográfico de Ojeda (1989), en el que se observó la tendencia de que en la formación de pareja las mujeres se unen con hombres de un nivel socioeconómico y escolar semejante o superior al suyo, y los hombres tienden a unirse con mujeres de su mismo estatus socioeconómico o menor que el de ellos.

De 20 integrantes del estudio que contestaron a la pregunta sobre el tipo de universidad en la que se formaron, 13 de ellos y ellas estudiaron la licenciatura y la especialidad previa a la actual Alta Especialidad en universidades públicas, dos son egresados de una universidad pública donde desarrollaron la licenciatura y la especialidad en una institución educativa privada. Y cinco tanto la carrera de medicina y la especialidad la cursaron en universidades privadas. Otro dato socioeconómico del grupo de estudio es que 50% de las mujeres (siete de 14) poseen automóvil, y cinco de los siete hombres (71%) dijeron tener automóvil.

Al indagar sobre la edad de inicio de su ejercicio profesional como médicos y médicas, resultó que ellos empezaron a ejercer la medicina entre los 22 a 25 años de edad, y ellas entre los 22 a 32 años. La mayoría, 19 del grupo, dijo ser católico, un médico es cristiano y una médica declaró que no tiene religión.

Estos datos indican lo que se ha reportado en otras investigaciones al respecto de la educación superior de las mujeres, en las que se ha observado un aumento de mujeres en las matrículas universitarias en el mundo, así mismo las edades suelen ser mayores en ellas, debido a múltiples factores como la maternidad, los acuerdos de pareja y las funciones familiares, entre otras (Ramírez, 2020). En la Universidad Nacional Autónoma de México 24% de los estudiantes extranjeros, estudian ciencias médicas y de la salud (UNAM, 2016), de allí la presencia de Ecuador y Colombia en el grupo de estudio. Los datos socioeconómicos muestran que los profesionales estudiados aquí pertenecen a estratos sociales con ingresos medios, por otra parte, se observa la pluralidad de las creencias religiosas, que ya en este pequeño grupo deja ver el mundo católico como hegemónico, el protestante con menor presencia y la emergencia del fenómeno del ateísmo (Masferrer, 2004).

La enfermedad de COVID-19

A las preguntas sobre si han padecido COVID-19, y si esta enfermedad fue diagnosticada, 17 de las y los 21 participantes es decir ocho de cada diez, dijeron que si se enfermaron de covid: 12 mujeres y cinco hombres, todos fueron diagnosticados a través de las pruebas de laboratorio correspondientes. Dos mujeres y dos hombres dijeron que no se enfermaron de covid. Resulta interesante que 10 de las y los participantes dijeron que hubo

muertes entre sus compañeros de trabajo causadas por covid durante la pandemia, las cuales ocurrieron principalmente en el 2020 y fueron varones la mayoría, lo que coincide con el contexto descrito en párrafos anteriores.

Es importante señalar que en la conformación del grupo de estudio hay 2.4 mujeres por cada hombre; ello permite notar que en los resultados se muestra que por cada hombre infectado por SARS-CoV-2, se presentan 2.4 mujeres, es decir hay una correspondencia paritaria en la magnitud de hombres y mujeres infectados por el virus de la pandemia. De los 17 médicos y médicas que dijeron haber padecido COVID-19, siete de ellas y ellos se infectaron dos veces, otros siete sólo se infectaron una vez, dos de estos especialistas padecieron esta enfermedad tres veces y un solo caso tuvo cuatro veces COVID-19.

¿Cuáles son las representaciones de las causas de la infección y las prácticas de atención para la COVID-19?

En una publicación en torno al ambiente pandémico se afirma que “toda crisis, pese a su alto costo social, económico, cultural y psicológico, supone también un reto que alienta a la adaptación creativa y a la generación de iniciativas y proyectos” (García, 2021:120), esta idea se puede aplicar al observar los resultados de la exploración de las trayectorias de atención, entendidas como las decisiones y acciones que se establecen en el proceso s-e-a-p y que corresponden a los diferentes modelos médicos según la propuesta de Menéndez (1983). En el grupo de estudio la creatividad y la generación de decisiones para buscar la cura tiende a sintetizar diversos sistemas médicos. Estas trayectorias se exploraron someramente ya que el instrumento que se aplicó no

permite la profundidad necesaria, sin embargo, se hallan elementos que dan la pauta para corroborar el diálogo de saberes en las representaciones y las experiencias que se narran a continuación.

Desde las palabras de las y los participantes las representaciones de las posibles causas de la infección, se atribuyen principalmente al ambiente de trabajo, estos fueron sus argumentos: al “ser médicos, en el hospital es donde hay mayor afluente [de enfermos] y es más probable enfermarse”. Asimismo, se señala que se infectaron por “haber estado en contacto con pacientes con COVID” debido a “la cantidad de pacientes que intubamos al día”. También afirman que “por descuido”, y especificaron también que fue por “descuido en la colocación del equipo de protección personal, por necesidad urgente de atención al paciente”. Debemos recordar que hubo la necesidad de aprender en un tiempo extraordinariamente corto no sólo el uso de los equipos de protección personal sino muchas otras acciones de atención, dadas las necesidades de la gran demanda, como declaró en la investigación de Hasselkus (2023) un médico general de 28 años de edad que atendía pacientes con COVID-19 en un hospital en ese tiempo: “La verdad es que, así como evolucionó la pandemia, los especialistas nos fueron permitiendo que, como médicos generales, pudiéramos poner catéteres, líneas arteriales, intubar, o incluso manejar el ventilador” (Hasselkus, 2023:99). Otro testimonio publicado por una médica internista anestesióloga e intensivista, es revelador: “como jefa de terapia me he sentido rebasada porque rompimos un récord de años de ella cantidad de personas intubadas que habíamos logrado sostener [...] se contrató a mucha gente por la contingencia, creo que al personal no lo rebaso, pero sí lo agotó” (Hernández, 2020: s/n).

Continuando con las respuestas del grupo de estudio: otros argumentos sobre la causalidad del contagio fueron: por no tomar “las medidas sanitarias adecuadas”, o “por falta de medidas de protección”, al haber “un aumento de casos y porque fue muy contagioso el virus”; o porque se contagiaron con colegas que estando “infectados, así acudían a laborar”. Estas explicaciones se acotan al contexto laboral. Para subrayar este dato traemos el testimonio publicado por la directora de un Hospital Regional; “todos teníamos miedo. Algunos compañeros colapsaban con episodios depresivos al sentir que ya no podían. Era un sentimiento colectivo de impotencia, sobre todo cuando algunos también enfermaron [...] pero fue inevitable [...] sin embargo nunca se fueron de la batalla (Goti, 2021: s/n). Aunque en las respuestas del grupo de estudio también se anotó que la causa de la infección fue por encontrarse en situaciones de “aglomeración”. Estas respuestas coinciden con lo señalado en los párrafos anteriores donde se describe el comportamiento de la pandemia, es decir la profusión de casos, la falta de insumos para la atención y de equipos de protección personal, el desconocimiento de la enfermedad y la falta de protocolos de intervención, fueron condicionantes para que los equipos de trabajadores de la salud fueran afectados en una magnitud alarmante.

Aquí podemos vincular el párrafo anterior con las emociones externadas por un grupo de enfermeras que participaron en el cuidado de los enfermos de COVID-19 en la Unidad Temporal COVID-19 Citibanamex, en la Ciudad de México, durante la pandemia, en sus testimonios reiteraban que el mayor miedo de infectarse ocurría mientras hacían las maniobras para intubar a los enfermos, y que aún era mayor el temor debido a su impericia en el manejo de las secreciones de los pacientes

(Barragán, 2022). En el caso de los médicos de esa misma unidad, y en coincidencia con las enfermeras, el miedo a contagiarse era menor al temor de contagiar a sus familiares, ello provocó la implementación de diversas estrategias de distanciamiento de su núcleo familiar, pero entre el grupo de médicos también “asumieron el contagio como algo esperado, y como un fenómeno con características profilácticas para generar anticuerpos y eventualmente poder visitar a familiares y amigos con una mayor protección” (Hasselkus, 2023:132).

Las prácticas de atención ante los síntomas respiratorios, dolores musculares y de articulaciones, diarrea, cansancio, dificultad para respirar, etc. fueron principalmente el aislamiento, reposo en casa, y el consumo de medicamentos para contrarrestar los síntomas, principalmente analgésicos para disminuir o eliminar el dolor. Dos de los participantes estuvieron hospitalizados (un hombre y una mujer), algunos se apegaron al tratamiento indicado por un médico y otros se automedicaron. Varios de ellos señalan que tuvieron “cuidados en casa”, lo que habla de la autoatención como un Modelo de Atención fundamental (Menéndez, 2020) y eficaz en estos casos.

Siguiendo las propuestas de la antropología médica donde se señala la importancia de la interrelación de los sistemas médicos en la experiencia concreta de los sujetos sociales, vemos que según lo señalado en el párrafo anterior, la automedicación (que se ubica en el Modelo de Autoatención) es una estrategia autogestiva, así como los “cuidados en casa”; asimismo se encuentra el uso de herbolaria, ya que un caso de una mujer indicó que usó jengibre para tratar la enfermedad de COVID-19; ésta planta se encontró entre las más usadas durante la pandemia en la Ciudad

de México y otras latitudes (Barragán, 2022), es una planta de origen asiático se considera fuente importante de vitamina C, se usa como condimento y como planta medicinal, para problemas digestivos, respiratorios y de la circulación (Salazar, 2003). Y a pesar de que solo una persona de las que padecieron COVID-19 dijo haber usado plantas medicinales, aquellos que mencionaron “cuidados en casa” no especificaron el uso de té u otras estrategias; sin embargo se reconoce por los estudiosos de la medicina casera o doméstica, como parte del Modelo Médico de Autoatención, que las prácticas de cuidados en el hogar incluyen diversas estrategias de atención de orígenes múltiples, desde no hacer nada, para que pase la enfermedad (Menéndez, 1990), el uso de plantas medicinales, elementos farmacéuticos, masajes, productos naturistas, alimentos específicos, etc. Ello indica que en el ámbito doméstico se “producen fenómenos de articulación, síntesis y transformación donde los conceptos y medicamentos de la biomedicina se utilizan por los grupos sociales integrándolos dentro de su cosmovisión” (Arganis, 2016:365).

Las vacunas

La esperanzadora aparición de las vacunas en diciembre de 2020 fue bien recibida por todos los participantes de este estudio, 100% de ellos recibieron la vacuna como parte del personal de salud en activo en sus respectivos lugares de trabajo, y hasta el momento de la aplicación del cuestionario, el 10 de octubre de 2023: un total de 10 participantes habían recibido tres dosis de la vacuna, nueve de ellos y ellas tienen cuatro, uno de los varones dijo que ya recibió cinco vacunas, y otro, si ha recibido la vacuna pero no aclaró cuántas veces.

Padecer Covid largo

El término Covid largo es un concepto abarcador que permite englobar una gran cantidad de elementos de la experiencia clínica con pacientes en los que persisten síntomas y signos relacionados con la COVID-19, pero que persisten por diversos rangos de tiempo, implica trastornos de diferentes órganos e incluso llega a ser sistémica, como ya se señaló someramente en los primeros apartados de este trabajo, Según Perego y colaboradores (2020), Covid largo es un término que surgió en un grupo de apoyo de personas que padecían secuelas de la COVID-19, y es pensado a semejanza de los transportistas de larga distancia, ya que se ha encontrado que entre 10 y 87% de las personas presentan síntomas persistentes o no logran recuperarse totalmente después de la infección por SARS-CoV-2. Otros autores definen síntomas específicos con los que continuaban los pacientes: dolor de garganta, tos, expectoración y dolor torácico hasta seis meses después del inicio de los síntomas (Rosales y Castillo, 2022), el concepto de Covid largo se usó por la Organización Mundial de la Salud desde 2020, su principal componente sintomático es la fatiga continua, al parecer puede incluir síntomas correspondientes a daño viral, daño a la respuesta inmune, infecciones bacterianas oportunista, puede haber respuestas inflamatorias y daño neurológicos, problemas de salud mental como ansiedad o síntomas postraumáticos, éstos últimos se pensó que se originaban por la experiencia de haber estado hospitalizados, sin embargo, se presentan también en personas que no fueron hospitalizadas, o que tuvieron síntomas de covid pero que no fueron diagnosticadas o que las pruebas de PCR resultaron negativas, es en suma un trastorno enigmático difícil de diagnosticar, y es capaz de precipitar nuevas enfermedades (Perego, et al., 2020). Estos datos

hacen evidente que la COVID-19 no sólo es una enfermedad respiratoria, sino multisistémica (Perego, et al., 2020), ya que incluye manifestaciones cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, miocarditis, entre otras), trombóticas, neurológicas (cefalea, anosmia, insomnio, amnesia temporal y déficit de concentración) y dificultades de movilidad (Rosales y Castillo, 2022). Todos estos elementos demuestran la importancia de explorar este padecimiento en los equipos médicos. A continuación, los resultados en el grupo que nos ocupa.

De los 17 médicos y médicas que contestaron haber tenido la infección y haber sido diagnosticados, cuatro de ellas (23.5%) actualmente presentan una serie de sensaciones, síntomas y percepciones que refieren como consecuencia de la COVID-19, y que podrían ser catalogados como *long Covid*, o Covid largo.

¿Cuáles son las representaciones de la causalidad del contagio de SARS-CoV2 en este grupo? Estas cuatro personas señalaron que creen que se contagiaron por el descuido en el uso del equipo de protección personal durante la atención a pacientes, por el número de intubaciones que tuvieron que realizar al día, por el contagio de compañeros de trabajo y una de ellas subrayó que por “no generar anticuerpos”, estas respuestas subrayan que la infección se originó, según su representación, en el trabajo, y por otra parte, se generó, según lo explican, en un cuerpo debilitado vulnerable a la infección. Los síntomas que padecen actualmente y que anotaron como consecuencias de haber padecido COVID-19, así como las estrategias para su atención son: una médica tiene “dificultad para mantener la atención”, en la respuesta sobre la atención a ese trastorno anotó que practica “yoga, *mind fitness* [estimulación cognitiva a través del ejercicio físico y mental] y respiración”, y en la

respuesta a las repercusiones emocionales, en este caso la médica acotó que tiene “mayor sentimiento de gratitud”. Estas respuestas resultan significativas ya que en un grupo de enfermería que padeció la COVID-19, el haber estado hospitalizadas y haber tenido la experiencia de solidaridad y cuidados de sus pares y los médicos y demás personal sanitario, les provocó sentimientos de empatía y gratitud hacia ellas y ellos y hacia las entidades divinas según sus creencias religiosas, y a la vida misma, de la misma manera que señalaron muchos de los pacientes recuperados en los nosocomios donde esas mismas enfermeras trabajaron (Barragán, 2022). Estas emociones también fueron compartidas por los médicos de la investigación de Hasselkus (2023), quienes al momento de estar internados por la enfermedad se sintieron seguros, protegidos y agradecidos con sus pares y el equipo del hospital.

Por otra parte la respuesta, en este caso, deja ver la interrelación de las medicinas complementarias o alternativas y la autoatención, D’Angelo (2021) considera siguiendo la propuesta de los modelos médicos de Menéndez, que el yoga es una forma de autocuidado y éste se halla dentro de lo que se denomina Modelo de Autoatención, ya que son acciones que promocionan la salud pero no sólo con fines personales sino también sociales, ya que su práctica “corresponde a una ética social corporeizada”, cuyos efectos positivos pretenden trascender a los individuos (D’Angelo, 2021:40).

Otra de las médicas dijo padecer “broncoespasmos”, síntomas que atiende por medio de “ejercicios respiratorios” y ocasionalmente usa “Salbutamol” (fármaco relajante de los músculos lisos de las vías respiratorias). La tercera mujer y el único varón de este grupo, anotaron que no tienen repercusiones físicas.

Específicamente sobre las repercusiones emocionales de la COVID-19; dos mujeres y un hombre señalaron que, si tienen consecuencias emocionales, actualmente padecen ansiedad. A la interrogante acerca de las estrategias de atención a estos malestares, resultó que para sobrellevar la ansiedad una mujer dijo que practica “ejercicio”, otra acude a “psicoterapia” y la otra no contestó a la pregunta. El médico practica “meditación”. Es importante agregar que una mujer que dijo que no padeció COVID-19 porque no tuvo síntomas ni fue diagnosticada, anotó en su respuesta a la pregunta correspondiente, que tiene secuelas de COVID-19: padece “trastorno mixto: ansioso-depresivo” y actualmente se atiende con un psiquiatra.

Conclusiones

Los resultados reflejan la magnitud e importancia de las consecuencias en la salud física y emocional de la pandemia de covid en el grupo de estudio, y no sólo en la afectación física y emocional de haber padecido la infección, sino que a pesar de no haber manifestado la infección, el ambiente pandémico afectó a este grupo laboral, así como a la población en general, repercusiones que no se han valorado suficientemente y tampoco han sido atendidas adecuadamente (Robles, Martínez y López, 2022). Por otra parte, a pesar de que a la pregunta sobre si los informantes que padecieron COVID-19, recurrieron a alguna medicina alternativas, sólo una mujer dijo que sí, y lo que usó fue la planta llamada jengibre, ésta se suma a las estrategias biomédicas y de autoatención de los propios afectados, como fue a través del aislamiento, y los “cuidados en casa”, que como señalamos generalmente incluyen estrategias donde se sintetizan y se usan de manera complementaria saberes de diversos modelos médicos. Cuatro personas del grupo de estudio dijeron que después de

padecer COVID-19 se han visto afectadas hasta la fecha por malestares físicos y emocionales que podrían coincidir con lo que los autores revisados denominan *long Covid*, Covid largo o covid prolongado. Este grupo afrontó estos malestares con diversas estrategias pertenecientes a distintos modelos de atención, y particularmente llamó la atención las prácticas encaminadas a la atención de las emociones: ansiedad, dificultades de atención y depresión, con prácticas que corresponden a otros sistemas médicos no biomédicos, como yoga, ejercicios de meditación, respiración y herbolaria, entre otras, que se combinan con fármacos, atención psiquiátrica y psicoterapia, lo que refleja la complejidad de las respuestas sociales en las trayectorias de atención. Que si bien a partir del instrumento que se aplicó no se observa la profundidad suficiente, las respuestas si muestran la integración de diversos modelos médicos en la realidad de la experiencia vivida, y con ello la presencia nodal de la autoatención que visibiliza la agencia de los conjuntos sociales, quienes en su experiencia sintetizan los saberes médicos con los que dan respuesta a sus males.

Pretendemos que estos resultados llamen la atención a las instituciones encargadas de prestar los servicios para la salud a la población en general y a los trabajadores de la salud en particular, para que reconozcan la afectación física y emocional provocada por la pandemia de COVID-19, y establezcan estrategias de seguimiento con reconocimiento y análisis específicos a las personas en general y a los trabajadores del sector salud en particular, que fueron afectados por la infección ya que como señalan Perego y colaboradores (2020), es necesario reconocer de manera temprana el Covid largo debido a la importancia de sus repercusiones en la salud física y emocional, además de las posibles consecuencias económi-

cas, sociales y de manera fundamental las implicaciones al sistema de salud, dada la magnitud de la población que pudiera estar afectada. Por otra parte, la atención de las emociones, en particular, es una deuda que cada vez se observa con mayor claridad y exige respuestas al sistema de salud pública. Un ejemplo de ello es esta exploración a un

grupo que ha resultado especialmente vulnerable, y que a la “vuelta a la normalidad” se ha quedado a la zaga de atender su propia salud y bienestar, a pesar del papel central que jugó en la contención de ese mal que afectó al mundo entero, secuelas que seguramente merman su calidad de vida y su participación laboral y social.

Referencias bibliográficas

- ANGELES, O. y CASTRO, CK. (2022). abordajes teórico metodológicos: (con) formación multidisciplinaria en una Unidad Temporal COVID-19. En: Rosas, R; De Melo, R; Barragán, A; Castro, A. Angeles, O. y Rivera, N. (Coord.). *Enfermería en una Unidad Temporal COVID-19: Miradas Multidisciplinarias*. México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, 69-83.
- ARGANIS, E. (2003). Antropología Médica. Antecedentes y perspectivas de un campo en expansión. En: Badillo J. (Coord.). *Contextos actuales de la antropología*. México: MC Editores, 85-96.
- ARGANIS, E. (2016). Las enfermedades populares desde un enfoque antropológico. En. Campos R. (Coord.). *Antropología médica e interculturalidad*, México, McGraw Hill, 365-372.
- BARRAGÁN, A. (2022). Representaciones, experiencias y prácticas del equipo de Enfermería. En: Rosas, R; De Melo, R; Barragán, A; Castro, A. Angeles, O. y Rivera, N. (Coord.). *Enfermería en una Unidad Temporal COVID-19: Miradas Multidisciplinarias*. México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, 125-150.
- BARRAGÁN, A; RAMÍREZ, O. y BARRAGÁN, A. (1998), “La anestesiología: Especialidad de Alto Riesgo. Un análisis antropológico”. *Revista Médica del Hospital General de México*. Vol. 61, Núm. 1:31-36.
- CARMONA, B. (2020). Gestión del cuidado de enfermería en tiempos de COVID-19: vivencia integral en un hospital de tercer nivel de atención. En: Zárate, R. Ostiguin, R. Castro, AR. Valencia, F. (Comp.). *Enfermería y COVID-19: la voz de sus protagonistas*. México, Universidad Nacional autónoma de México, 536-540.
- CHÁVEZ, P. (2023). “El long covid sigue siendo un misterio”. *Gaceta UNAM*. Núm.5365:7.
- DALTAUIT, M. y MEJÍA, J. (2000). Presentación. En: Daltabuit, M; Mejía, J. y Álvarez, R. (Coord.). *Calidad de vida, salud y ambiente*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigación Multidisciplinaria, Instituto Nacional Indigenista, 11-16.
- D’ANGELO, A. (2021). “Prácticas yoga, mucho yoga: autoatención de aficciones durante la crisis por COVID-19”. *Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*. Vol. 1, Núm. 2. <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/23/11> y <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/issue/view/2> (Consulta 19 de abril de 2024).
- DORRA, R. (2003). “Para una semiótica del llanto”. En: *Primer coloquio sobre el sentido y la significación*. Conferencia. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia. (Ms).
- FABREGA, H. (1972). “Medical anthropology”. En Bernard J. Siegel (Ed.) *Biennial Review of anthropology 1971*. Stanford California: Stanford University Press, 167-217.

- GARCÍA, C. (2021). La peste. Percepción de antropólogo confinado. En: Vera, J. (Comp.). *A través de la ventana. Reflexiones sobre la pandemia*. México. Historiadores de las Ciencias y las Humanidades A.C., 105-120.
- GENEST, S. (1980). “Introducción a la etnomedicina”, *Medicina, Tradicional*. Vol. II, Núm. 8:9-27.
- GOTI, L. (2021). Testimonio. En Martínez, M. (Ed.). *PANDEMIA. Una mirada al frente. Ciudad de México 2020*. México, Offset Santiago, s/n.
- HASSELKUS, G A. (2023). *De estudiantes de medicina a covidólogos. La experiencia de jóvenes médicos generales durante la pandemia por COVID-19 en la CDMX, el caso de la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19)*. Tesis de doctorado en Antropología. México, Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social.
- HERNÁNDEZ, C. (2020). Testimonio. En Martínez, M. (Ed.). *PANDEMIA. Una mirada al frente. Ciudad de México 2020*. México, Offset Santiago, s/n.
- INFORME INTEGRAL DE COVID-19 EN MÉXICO. (2023). Número 02-2023, 1º de julio de 2023. Secretaría de Salud, Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud. México. Gobierno de México. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2023/08/Info-02-23-Int_COVID-19.pdf (Consulta 18 de abril de 2024).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2020). <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P> (Consulta 18 de abril de 2024).
- JODELET, J (2008). “El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales”, *Cultura y representaciones sociales*. Año 3, Núm. 5:32-63.
- KÁNTER, C. (2020). “Muertes por Covid-19 en México”. *Mirada Legislativa*. Núm. 190. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República. Ciudad de México. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4927/ML_190.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Consulta 8 de mayo de 2023).
- LARA, R. (1999). *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*. México: Plaza y Valdés Editores.
- LE BRETON, D. (1999). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LINS, R. (2021). ““Descotidianizar” el mundo. La pandemia como evento crítico, sus revelaciones y (re)interpretaciones”. *Desacatos*, Núm. 65:106-123.
- LÓPEZ, O. (2017). De la evolución del cuerpo y las emociones a la valoración de las emociones como sustrato cultural. En González, L. y Barragán, A. (Coords.). *Antropología Física. Disciplina bio-psico-social*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 299-321.
- MAGUEY, H. (2023). “La pandemia deja varios aprendizajes a la sociedad”. *Gaceta UNAM*. Núm. 5,365:3.
- MASFERRER, E. (2004). *¿Es del César o es de Dios?* México: Plaza y Valdés.
- MENÉNDEZ, E (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MENÉNDEZ, E (1990). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MENÉNDEZ, E. (2020). Critical medical anthropology in Latin America: Trends, contributions, possibilities. En: Jennie, G; Gibbon, S; Sesia, P. y Berrio, L. (Eds.). *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and Latin America*. London, Press, xix-xxv.
- OJEDA, N. (1989). *El curso de vida familiar de las mujeres mexicanas; un análisis sociodemográfico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) (2023). La COVID-19 es ahora un problema de salud establecido y persistente. <https://www.paho.org/es/noticias/8-5-2023-covid-19-es-ahora-problema-salud-establecido-persistente> (Consultado 19 de abril de 2024).
- PEREGO, E; CALLARD, F; STRAS, L; MELVILLE-JÓHANNESSON, B; POPE, R; ALWAN, N. (2020). “Why the patients-made term “long covid” is needed”. Wellcome Open Research 2020. <http://wllcomeopenresearch.org/articles/5-224/v1> (Consulta 27 de febrero de 2024).
- PÉREZ, R. y DOUVOBA, S. 2020. Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia. <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/> (Consulta 20 de marzo de 2023).
- RAMÍREZ, O. (2020). *Perfil de salud de los estudiantes de licenciatura de antropología en México 2010-II*. Tesis de Doctorado en Antropología Física. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- ROBLES, A. MARTÍNEZ, V. y LÓPEZ, O. (2022). Estudio exploratorio sobre emociones y violencia durante el confinamiento social por COVID-19 en estudiantes universitarios. *Trabajo Social Universidad Nacional Autónoma de México* (27-28), 37–49. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/82203> (Consulta 20 de septiembre de 2023).
- ROJAS, G; ESTRADA, M. y WARN, L. (2021). “No hay nada seguro”. Personal de salud frente al virus desconocido y la atención en la pandemia en México”. *Desacatos*, Núm. 65:190-201.
- ROSALES, C. y CASTILLO, E. (2022). “Secuelas pos-COVID-19 a largo plazo. Un estudio de revisión”. *Medisur* [Revista en internet]. 2022. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v20n4/1727-897X-ms-20-04-733.pdf> . (Consulta 27 de febrero de 2024).
- SALAZAR, G. (2003). Catálogo de la colección del Jardín Etnobotánico y cuadro de usos. En: Parrilla, L. (Coord.). *Jardín etnobotánico, Museo de Medicina Tradicional y Herbolaria. Cuernavaca, Morelos*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 61-286.
- UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM), (2016). Estudiantes extranjeros en México. <http://clinicadeviajero.unam.mx/?p=5152>. (Consulta 31 de octubre de 2023).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2023). Nuevo coronavirus 2019. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/coronavirus-disease-answers?query=Datos+de+mortalidad+por+covid+a+diciembre+de+2023&referrerPageUrl=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fes%2Femergencias%2Fdiseases%2Fnovel-coronavirus-2019%2Fcoronavirus-disease-answers&search-offset=20&verticalUrl=casesByCountry> (Consulta 18 de abril de 2024).
- ZEMELMAN, H. (1997). *Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*. México: El Colegio de México.