

Experiencias y significación de la pandemia de COVID-19 en la población indígena en situación de vulnerabilidad estructural: un estudio cualitativo en el estado de Oaxaca

Experiences and Meanings of the COVID-19 Pandemic among Indigenous People in Structural Vulnerability: A Qualitative Study in the State of Oaxaca

Laura Montesi*  <https://orcid.org/0000-0001-8916-6776>
 Melania Calestani**  <https://orcid.org/0000-0001-8030-9478>
 Nadia Ortega Zavala***  <https://orcid.org/0009-0005-6084-5675>

Resumen

Objetivo: examinar, mediante una perspectiva fenomenológica, las percepciones, las valoraciones y las experiencias de las personas indígenas del contexto rural en situación de vulnerabilidad estructural durante la pandemia de COVID-19. Metodología: se realizaron entrevistas a siete indígenas residentes en contextos rurales del estado de Oaxaca. Resultados: las personas entrevistadas presentaron condiciones de vulnerabilidad que influyeron en su experiencia de la pandemia, con expresiones de miedo, desconfianza, incredulidad o resignación. Enfatizaron los costos sociales y económicos, pero también manifestaron elementos de protección y resiliencia relacionados con su modo de vida. Limitaciones: el estudio no tiene ambiciones de representatividad; constituye un acercamiento exploratorio que se beneficiaría con una ampliación y profundización. Valor: contribuye a retratar la manera en que en el medio rural indígena se experimentó la pandemia de COVID-19. Conclusiones: las características socioculturales y estructurales propias de ese contexto influyeron en la percepción, en la valoración y en la experiencia del fenómeno pandémico.

Palabras clave: COVID-19; Oaxaca; pueblos indígenas; percepción; experiencia; vulnerabilidad estructural.

Abstract

Objective: the main aim of this article is to examine from a phenomenological perspective the perceptions, evaluations, and experiences of the COVID-19 pandemic among indigenous people in rural and semi-urban contexts characterized by structural vulnerability. Methodology: interviews were conducted with seven indigenous people living in rural contexts in the state of Oaxaca. Results: The people interviewed presented conditions of vulnerability that influenced their experience of the pandemic, with expressions of fear, distrust, disbelief, or resignation. They emphasized the social and economic costs, but also expressed elements of protection and resilience related to their way of life. Limitations: the study has no ambitions of representativeness; it constitutes an exploratory approach that would benefit from broadening and deepening. Value: It contributes to portray the way in which the COVID-19 pandemic was experienced in the indigenous rural environment. Conclusions: We conclude that the sociocultural and structural characteristics of this context influenced the perception, valuation, and experience of the pandemic.

Keywords: COVID-19; Oaxaca; indigenous people; perception; experience; structural vulnerability.

■ Cómo citar: Montesi, L., Calestani, M., y Ortega Zavala, N. (2023). Experiencias y significación de la pandemia de COVID-19 en la población indígena en situación de vulnerabilidad estructural: un estudio cualitativo en el estado de Oaxaca. *región y sociedad*, 35, e1785. doi: <https://doi.org/10.22198/rys2023/35/1785>

*Autora para correspondencia. Catedrática CONAHCYT adscrita al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur. CIESAS Pacífico Sur, Sierra Nevada 347, Loma Linda, C. P. 68024. Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México. Correo electrónico: lmontesi@conahcyt.mx

**Kingston University, Departamento de Obstetricia de la Escuela de Educación, Obstetricia y Protección Social de la Facultad de Salud, Ciencia, Protección Social y Educación. Kingston Hill Campus, KHKH0003. Kingston upon Thames, Surrey KT2 7LB, United Kingdom. Correo electrónico: m.calestani@kingston.ac.uk

***Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Ciudad de México. Juárez 87, Tlalpan Centro, C. P. 14000, Ciudad de México, México. Correo electrónico: nad791114@gmail.com

Recibido: 10 de mayo de 2023.
 Aceptado: 31 de agosto de 2023.
 Liberado: 27 de septiembre de 2023.



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Introducción

Las epidemias son fenómenos sanitarios con dimensiones sociales, económicas, ambientales y políticas complejas en las que se gestan y reproducen múltiples percepciones y representaciones que se organizan de manera especial en torno a las nociones de riesgo y de vulnerabilidad. Si bien en el espacio público ciertas representaciones aparecen como dominantes, cada grupo social experimenta y otorga diferente significado al mismo evento con implicaciones en sus prácticas sociales.

Respecto al COVID-19, declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020, existe una vasta producción científica sobre las percepciones, las valoraciones y las experiencias en diversos grupos poblacionales. Como ejemplo, se puede mencionar el estudio de los procesos socioemocionales derivados de las medidas de control sanitario entre jóvenes universitarios de la Ciudad de México, que reportó que disminuyó la percepción del bienestar y que incrementaron las emociones de depresión, angustia, ansiedad e incertidumbre a causa del escenario económico y del trastocamiento de las dinámicas familiares y laborales (López y Cortijo, 2021). Algunas investigaciones sobre el personal médico revelaron que se estigmatizó y se discriminó al gremio debido a que se percibía como fuente de contagio (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2020, pp. 13-15; Muñoz, 2021). Las mujeres también han sido objeto de múltiples consecuencias adversas a causa de la pandemia, como la violencia física, emocional, económica y sexual (CNDH, 2020; Gordon, 2021; Valdez-Santiago, Villalobos-Hernández, Arenas-Monreal, Flores y Ramos-Lira, 2021). Un grupo muy afectado fue el de las personas migrantes insertas en el comercio informal, quienes no solo tuvieron que afrontar el riesgo al contagio y las pérdidas económicas, sino que también se las excluyó, se las persiguió y hasta se las criminalizó por mantener sus actividades laborales a pesar de las restricciones sanitarias (Díaz y Beltrán, 2022; Mejía, 2022).

En la cobertura mediática sobre la pandemia, y en parte también en la científica, sobresale el hecho de que se ha puesto menor atención a las poblaciones del sector rural e indígena de México, quizás porque el efecto de la pandemia fue más visible en las áreas urbanas densamente pobladas, lo que, especialmente en los primeros meses de la pandemia, fortaleció el prejuicio que Muñoz (2022) ha definido como “inmunidad étnica”, es decir, la percepción de que las poblaciones indígenas, por sus características demográficas y socioculturales, serían menos propensas a ciertas enfermedades, incluido el COVID-19. Pero conocer y examinar las percepciones, las valoraciones y las experiencias de las personas indígenas del medio rural durante la pandemia de COVID-19 es importante para comprender la dimensión experiencial del fenómeno pandémico en un grupo poblacional en situación de vulnerabilidad estructural, objetivo que se persigue en este artículo.

De hecho, desde un inicio, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe (FILAC) y el Foro Indígena del Abya Yala (FIAY) advirtieron que el COVID-19 podría “adquirir niveles extremadamente críticos, tanto en términos de

la cantidad de pérdida de vidas como en la magnitud del daño en el modo de vida y la capacidad de resiliencia de [las] comunidades [indígenas]” (FILAC y FIAY, 2020, p. 11) y que “el racismo estructural y la discriminación histórica de los que estas poblaciones han sido y continúan siendo objeto generan una situación de vulnerabilidad a los efectos de la pandemia con relación a la población general” (OPS, 2020, p. 4).

A distancia de tres años del inicio de la pandemia, hay suficientes evidencias de las dificultades para el acceso a los servicios de salud en los municipios semiurbanos y rurales, cuyo porcentaje de pobreza es elevado (Cortés y Ponciano, 2021), y de que las personas indígenas son más vulnerables al COVID-19 debido a la explotación económica, a la marginación social, a la subordinación política y cultural y a la discriminación estructural (Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021). También hay pruebas de que en los pacientes indígenas es mayor el riesgo de contagio y deceso que en los pacientes no indígenas (Horbath, 2021) y que la tasa de letalidad es más elevada (Argoty-Pantoja, Robles-Rivera, Rivera-Paredes y Salmerón, 2021; Cortez-Gómez, Muñoz-Martínez y Ponce-Jiménez, 2020; Ibarra-Nava et al., 2021). Así mismo, hoy se sabe que durante la pandemia Oaxaca estuvo entre las tres primeras entidades con más casos confirmados y defunciones por COVID-19 entre la población indígena (Secretaría de Salud [SSA], 2022) y que los fallecimientos ocurrieron sobre todo entre quienes tenían una o más comorbilidades previas, como hipertensión, diabetes u obesidad (SSA, 2021). En general, una porción considerable de la literatura coincide en señalar que en el sector rural mexicano es donde más afectó la pandemia y que la población indígena es muy vulnerable.

Ante este panorama, cabe entonces preguntarse: ¿cómo se ha vivido la pandemia en el medio rural con población indígena? ¿Qué percepciones y valoraciones han formado estos sujetos? Y ¿cómo influyeron esas experiencias en sus respuestas individuales y familiares de prevención y atención frente al COVID-19?

En este artículo se retratan las experiencias de siete personas indígenas residentes en contextos rurales o semirurales de la región de los Valles Centrales. El pluriétnico estado de Oaxaca tiene numerosas localidades rurales y solo 49% de la población reside en zonas urbanas, porcentaje muy inferior a la media nacional (79%) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020). En términos de organización social y política, 417 de los 570 municipios que componen la entidad utilizan los sistemas normativos indígenas, lo cual tiene importantes implicaciones para la gobernanza, incluso durante el periodo pandémico (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT] y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social [CIESAS], 2021). En general, en varias comunidades del estado persisten usos y costumbres de ayuda mutua y gestión colectiva en los momentos críticos. En cuanto a la situación socioeconómica, hay que recordar que, en 2018, antes de la pandemia, 66.4% de la población oaxaqueña vivía en situación de pobreza y 22.5% era población vulnerable debido a carencias sociales (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2020, p. 14). La falta de acceso a los servicios de salud estuvo presente en 16.3% de la población. La mayoría de las personas afiliadas a alguna institución de salud (65.4%) estaba inscrita en el Se-

guro Popular (CONEVAL, 2020, pp. 36-38), esquema financiero de protección de la salud para la gente sin seguridad social, el cual consistía en un paquete de servicios para atender un número definido de padecimientos. El Seguro Popular dejó de existir en 2020, debido a reformas estructurales del sector salud. En consecuencia, aumentó la incertidumbre de la población sobre el acceso efectivo a los servicios de salud para enfrentar la pandemia. Este telón de fondo es crucial para contextualizar y entender las experiencias y las significaciones que le dan a la pandemia los sujetos retratados en este estudio.

La primera sección del presente artículo está dedicada a lo teórico-conceptual para explicar qué se entiende aquí por percepción, valoración y experiencia, objetos del análisis. También se discute de manera crítica el concepto de vulnerabilidad estructural. Luego se aborda la dimensión emocional como eje transversal que cruza las experiencias vividas y que de manera ineludible se ve influida por las características mismas del mundo de la vida de los sujetos, marcado por las desigualdades que estructuran su posición socioeconómica y étnica. La segunda sección describe la metodología que se usa y, de forma detallada, a las personas participantes y la región de estudio. Después, se presentan los principales hallazgos, que luego se discuten y se sintetizan en la sección de conclusiones.

Marco teórico-conceptual

Percepción, valoración y experiencia

Este artículo se inspira en la fenomenología, pues se enfoca en la percepción y la experiencia. La fenomenología explora la perspectiva de los sujetos y explica el significado de cada experiencia en relación con la forma en que ellos la definen (Teherani, Martimianakis, Stenfors-Hayes, Wadhwa y Varpio, 2015). Es el estudio de un fenómeno y del modo en que se manifiesta en las conciencias de los seres humanos (Neubauer, Witkop y Varpio, 2019). El significado universal de las experiencias no se encuentra en el razonamiento abstracto o en la contemplación lógica, sino en el análisis de las percepciones que los individuos tienen del mundo y de la realidad (Larsen y Adu, 2021).

Como explican González, Vera y Hernández (2021), Merleau-Ponty (1978) arguye que la percepción de un individuo sobre el futuro es parte de lo observado en el pasado y de las nuevas experiencias del presente, debido a su memoria, a su atención y a su capacidad de anticipación. Al mismo tiempo, López (2012) escribe que la percepción surge de la necesidad del ser humano de enfrentar los riesgos y los problemas que surgen en la vida. La percepción puede construirse de manera directa, a través de las experiencias vividas; y de manera indirecta, mediante las experiencias de otros seres humanos en relación con las condiciones del entorno institucional, moral, político y mediático (Tejeda y Palafox, 2021). Douglas y Wildavsky (1983) han señalado lo impropio que es presuponer que, por un lado, existen riesgos calculables de manera objetiva y, por el otro, percepciones individuales sesgadas de forma subjetiva. Más bien, el riesgo es

una construcción colectiva, y la percepción ocurre en el contexto cultural en el que las personas están situadas. La percepción, para Kant, tiene una función mediadora entre mente y mundo e involucra el conocimiento experiencial (Rosales, 2015). El objetivo de la fenomenología es, entonces, describir una experiencia vivida (Mapp, 2008) a partir de la forma en que los sujetos la comunican al mundo exterior (Todres y Holloway, 2004). En particular, esta perspectiva se concentra en el contenido de la experiencia consciente, como la valorización, la percepción y las emociones (Connelly, 2010). Merleau-Ponty (1978) desarrolló el estudio de la conciencia humana y su relación con el cuerpo, que está siempre situado en un contexto cultural, social e histórico específico. Los participantes de esta investigación tienen una posición específica en la estructura social que los coloca en una situación de vulnerabilidad estructural; por lo tanto, se deben tener en cuenta las condiciones materiales, culturales y simbólicas.

Vulnerabilidad y violencia estructural

El concepto de vulnerabilidad estructural fue propuesto por Quesada, Hart y Bourgois (2011) para analizar la situación de vida de la población latina migrante e indocumentada de Estados Unidos, colocada en un peldaño muy bajo del orden social, lo que conlleva consecuencias negativas para su salud física y mental. El término integra los conceptos de violencia estructural y vulnerabilidad social. Si, por un lado, la violencia estructural remite a los daños concretos, aunque indirectos, que producen las organizaciones desiguales de la sociedad, siguiendo a Galtung (1969), la vulnerabilidad social pone el énfasis en los aspectos socioculturales de la exposición al daño. Para Quesada et al. (2011) el concepto de vulnerabilidad estructural permite capturar o expresar las fuerzas económicas, materiales y políticas que ejercen violencia en ciertos individuos y en los grupos, como los elementos idiosincráticos y culturales que producen estrés físico de manera psicodinámica (p. 341).

Un aspecto del concepto de vulnerabilidad estructural en que se desea profundizar aquí es el de la violencia estructural (Castro y Farmer, 2003). Sánchez y Gutiérrez (2016, p. 69) la definen como un “mecanismo con el cual los sistemas sociales, económicos y políticos institucionalizan ciertas condiciones de afectación [sic] o daño”. En consecuencia, esa violencia estructural predispone al cuerpo humano a la vulnerabilidad patogénica, pues propicia el riesgo de enfermar y determina quién tiene acceso al diagnóstico y al tratamiento eficaz (Castro y Farmer, 2003). En este sentido, como demuestra Díaz (2018), riesgo y vulnerabilidad son dimensiones indisociables que es menester tomar en cuenta de manera conjunta y dinámica para poder comprender la forma en que se da ecológica y socialmente la exposición de ciertos sujetos al daño en contextos específicos y la manera en que responden a esa situación. El estigma y la discriminación, asociados lo mismo con enfermedades transmisibles que con enfermedades no transmisibles, son expresiones de la violencia estructural y factores que inciden en el riesgo y en la vulnerabilidad. En el caso de las poblaciones indígenas de México, hay muchos indicadores de condiciones de salud menos favorables que las de las personas no indígenas. Algunos estudios

recientes subrayan que “se caracterizan por [tener] un perfil epidemiológico de doble carga de enfermedades” y que “hay un menor uso de servicios de salud” debido a las formas de “discriminación sistémica” (Pelcastre-Villafuerte, Meneses-Navarro, Sánchez-Domínguez, Meléndez-Navarro y Freyermuth-Enciso, 2020, p. 816). Así mismo, los sujetos desfavorecidos producen significados, valoraciones y sentimientos que incluyen la percepción del riesgo y las decisiones prácticas que pueden tomar al respecto. Este planteamiento también convoca a analizar las emociones como el eje transversal que conjuga y atraviesa el proceso de constitución de las experiencias con la materialidad del vivir en una estructura social marcada por las desigualdades.

Lo emocional como eje transversal

El análisis de la dimensión emocional de las experiencias de las personas y de los colectivos sociales representa la puerta de entrada para comprender los significados culturales que se atribuyen a los eventos sociales. Si bien las emociones pueden entenderse como procesos psicofisiológicos individuales, se construyen a partir de normas, reglas y expectativas socioculturales moldeadas en función del sexo, la etnicidad y los niveles socioeconómico y educativo, las cuales se transmiten a través de procesos de socialización que tienen lugar en contextos históricos y entornos materiales particulares (López, 2011 y 2019; Jacobo, 2013; Urquiza, 2020). Por esta razón, comprender las percepciones del riesgo y las valoraciones de eventos críticos, como la pandemia, requiere mirar las emociones como “procesos culturales e interpersonales de nombramiento, justificación y persuasión de personas que se relacionan unas con otras” (Lutz, 1998, p. 5, traducción de las autoras). Para Rosaldo, las emociones son “pensamientos encarnados” (*embodied thoughts*) (1984, p. 143), por lo que pueden transmitir un juicio sobre la realidad. Y el juicio, como argumentan Douglas y Wildavsky (1983), es la base cultural sobre la cual las personas construyen su noción de “riesgo aceptable”. Desde un punto de vista antropológico, entonces, las emociones constituyen una bisagra que articula los planos individual y social, además de poseer una función performativa, ya que producen, reproducen y regulan las prácticas y los comportamientos que ocurren en las interacciones e intercambios sociales (López, 2011, p. 12). Como señalan López (2011) y López y Cortijo (2021), en un mundo interconectado, como el que habitamos, fenómenos como la pandemia transmiten emociones que cruzan los niveles macro, meso y microsociales que afectan la subjetividad y los estilos de vida de las personas. Los procesos emocionales son globales y locales a la vez, lo cual lleva a preguntarse ¿qué emociones prevalecieron en el medio rural indígena oaxaqueño?

Metodología

Los resultados que se presentan en este artículo derivan de un proyecto de investigación piloto denominado “Understanding the impact of the pandemic

on people with type 2 diabetes and chronic kidney failure in the UK and in Mexico: a qualitative study”, avalado por Kingston University, cuya finalidad fue comparar esos dos países en cuanto al impacto de la pandemia de COVID-19 en las personas con enfermedades crónicas. El proyecto obtuvo autorización del Comité de Ética de Investigación de Kingston University (número de referencia: 2684). La parte de la investigación que se realizó en México se llevó a cabo en el marco del proyecto denominado “Salud de los pueblos indígenas en México, 2010-2025: desde las enfermedades del rezago a las emergentes. Un enfoque multidisciplinario”.¹

Se entrevistaron ocho personas, de las cuales, para los fines de este artículo, se seleccionaron siete, por ser todas residentes en los valles de Zimatlán (sur) o de Tlacolula (sureste) que, junto con ETLA (noroeste), conforman el sistema de los Valles Centrales de Oaxaca. Dos de las tres autoras tenían conocimiento previo de las zonas de estudio. Esta región geográfico-cultural, dominada a lo largo de la historia por la población zapoteca, se distingue de las otras regiones “por la dinámica interacción que existe entre la ciudad capital y las comunidades campesinas, gracias a la cercanía geográfica y a la actividad comercial” (Coronel, 2006, p. 8). En un estado muy montañoso, los Valles son uno de los pocos espacios con tierras planas (Ruiz, 2011, pp. 9-10), lo cual ha alentado diversos procesos, entre los cuales sobresalen la urbanización sostenida y la explotación agresiva del entorno ecológico. Los valles de Zimatlán y Tlacolula se caracterizan, por lo tanto, por tener una vocación agrícola, comercial, artesanal e industrial, lo que, además, torna la frontera entre lo rural y lo urbano más difícil de escudriñar. Se eligió esta región porque alberga localidades rurales que conservan modos de vida ligados al campesinado y a un *ethos* de tipo comunitario, aun estando en buena medida integrados a los servicios y procesos urbanos y siendo dependientes de ellos. Se incluyeron hombres y mujeres con un diagnóstico de diabetes o hipertensión, o con ambas patologías, de adscripción o hablantes de alguna lengua indígena y mayores de 18 años. Se procuró tener acercamiento a su situación de vida, a sus condiciones de salud, experiencias, percepciones y estrategias para afrontar la pandemia de COVID-19.

La selección de las y los participantes se llevó a cabo mediante dos estrategias: la primera fue por medio de personas conocidas, quienes nos llevaron hasta los potenciales participantes; la segunda, a través del personal sanitario de algunos centros de salud de municipios con población indígena en la región de los Valles Centrales del estado de Oaxaca, quienes nos hablaron de las personas con las características que se requerían para el estudio.

Las entrevistas se realizaron entre febrero y junio de 2022, lo que implicó evocar las memorias de las y los participantes sobre sus vivencias durante la crisis pandémica y el periodo de las campañas de vacunación. Los encuentros fueron presenciales y tuvieron lugar en dos espacios: 1) en los hogares de las y los participantes y 2) en la sala de espera de dos centros de salud. Se les proporcionó, leyó y explicó una carta informativa. Las personas entrevistadas

1 Proyecto número 771 del programa Cátedras (Investigadoras e Investigadores por México) CONA-HCYT, coordinado por la doctora Paola María Sesia (CIESAS-Pacífico Sur).

aceptaron colaborar de manera voluntaria mediante la firma de la carta o de forma oral en presencia de testigos. Para asegurar la confidencialidad y anonimato de las personas entrevistadas, se sustituyeron los nombres con los números según el orden de su participación. Además, no se enuncian sus localidades de origen, sino solo los distritos a los que estas pertenecen.

Las siete personas incluidas en esta investigación son cuatro hombres y tres mujeres, cuya edad promedio es de 62 años. Estas residían en localidades rurales, menos una que, sin embargo, se decidió incluirla debido a que vivía en una zona con fuerte arraigo agrícola y pecuario. De hecho, mantenía un modo de vida apegado a las actividades ganaderas y campesinas. Su actividad principal era el comercio de animales (chivos, burros, borregos y vacas). En relación con la adscripción de los participantes, cinco de los siete hablaban zapoteco y dos, aunque no hablaban ninguna lengua originaria, se autoidentificaban como indígenas. En cuanto al estado civil, dos de las mujeres eran viudas y una casada. Los cuatro hombres estaban casados. Una persona tenía un solo hijo, y la que tenía más hijos, tenía diez. Por lo que refiere a la escolaridad, tres de siete participantes habían concluido la primaria, dos de ellos no la terminaron y los dos restantes no dieron información. En su mayoría las y los participantes eran católicos o creyentes en Dios y en la Virgen de Guadalupe, a excepción de uno que pertenecía a la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Entre las ocupaciones que refieren las participantes, se registraron los quehaceres del hogar, que compaginan con trabajos informales remunerados, como el comercio de alimentos, el lavado de ropa, el corte de plantas y la curación tradicional. Los hombres dijeron dedicarse a las labores del campo, la crianza y la venta de animales en los mercados locales, la artesanía textil y las actividades empresariales de pequeña escala. Es de mencionar que el tema migratorio hacia Estados Unidos fue una constante, ya fuera porque los participantes hombres en algún momento de su vida se trasladaron a ese país para trabajar o porque tenían familiares residentes ahí. Otra constante fue la carencia de derechohabencia a los servicios de salud y seguridad social; algunas de las personas entrevistadas comentaron haber tenido Seguro Popular hasta su extinción en 2020.

Como se ya se dijo, se realizaron entrevistas semiestructuradas basadas en una guía elaborada con antelación, a fin de explorar los perfiles sociodemográficos, las condiciones de vida y de salud, la búsqueda de atención, la percepción y las estrategias para afrontar el COVID-19. La duración de las conversaciones fluctuó entre 35 minutos y dos horas y media, dependiendo de la disponibilidad de tiempo y apertura de las personas para compartir sus experiencias.

La sistematización de la información se llevó a cabo bajo el siguiente proceso: 1) se transcribieron los audios de las entrevistas, 2) las transcripciones se codificaron con el *software* Atlas.Ti, privilegiando la codificación inductiva para detectar temas emergentes, 3) se ordenó y se condensó la información en una matriz estructurada por categorías y se seleccionaron extractos de las entrevistas que se consideraron significativos en relación con los diferentes temas. De manera individual y después de forma grupal, las tres autoras del artículo analizaron y discutieron los hallazgos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas entrevistadas, 2022

Núm. de participante	Sexo	Edad	Distrito de residencia	Escolaridad	Derechohabencia	Ocupación	Estado civil	Cantidad de hijos	Religión	Se considera indígena	Hablante de lengua indígena
1	H	55	Mitla	Primaria completa	No	Artesano textil, campesino, propietario de una pequeña fábrica de ladrillos y comerciante.	Casado	2 hijas y 1 hijo	Adventista del Séptimo Día	Sí	No
2	M	47	Tlacolula	Primaria completa	No	Labores del hogar, comerciante informal (venta de bolis).	Casada	2 hijos y 1 hija	Católica	Sí	Sí (zapoteco)
3	M	65	Tlacolula	Primaria completa	No	Lavado de ropa ajena y curación del susto.	Viuda	Sin hijos	Creyente en Dios	No	Sí (zapoteco)
4	H	59	Zimatlán de Álvarez	No da información	No	Pequeño comerciante (compraventa de animales, como chivos, burros, toros, borregos, etc.)	Casado	2 hijas y 1 hijo	Católico	Sí	No
5	M	67	Zimatlán de Álvarez	Primaria incompleta	No	Labores del hogar, corte de alfalfa, preparación y venta de tortillas, comerciante informal (chapulines).	Viuda	1 hijo	Creyente en Dios	No	Sí (zapoteco)
6	H	61	Zimatlán de Álvarez	No da información	No	Campesino, crianza de animales de corral.	Casado	4 hijas	Creyente en Dios y particularmente de la Virgen de Guadalupe	No	Sí (zapoteco)
7	H	80	Zimatlán de Álvarez	Primaria incompleta	No	Campesino.	Casado	10 hijos (1 fallecido)	Católico, particularmente creyente de la Virgen de Guadalupe	No	Sí (zapoteco)

Fuente: elaboración propia a partir de la información recopilada a través de entrevistas.

Resultados

Los testimonios documentados muestran una variedad de percepciones, valoraciones y experiencias en torno a la pandemia. Aun así, hay algunos hilos comunes entre las y los participantes que se resumieron en cinco secciones: 1) impactos económicos, riesgos y precariedad durante la pandemia; 2) del miedo a la resignación; 3) desconfianza en los servicios de salud públicos; 4) incredulidad sobre el COVID-19; y 5) costos sociales y factores de protección y resiliencia. A continuación, se presenta una muestra de estos hallazgos.

“Uno que va al día tiene que salir a lucharle para sacar para comer”:
impactos económicos, riesgos y precariedad durante la pandemia

Como se expuso en la sección metodológica, las y los participantes –cuyas condiciones socioeconómicas son distintas– compartían un estado de precariedad, es decir, condiciones de trabajo con baja remuneración, inseguridad laboral y sin prestaciones (Appendini y Torres-Mazuera, 2008, p. 16), lo que se transmitió, en jerga coloquial, como tener que “vivir al día” o “luchar por la vida”. Para comprender las experiencias de la pandemia, se decidió empezar por delinear los contextos sociales de las y los participantes mediante los testimonios que aportan información sobre los costos económicos y las preocupaciones que provocó la pandemia, sobre todo durante el primer año, cuando los gobiernos municipal, estatal y federal solicitaron las medidas sanitarias más estrictas.

P2. Vendo mis bolis en el pueblo [...] pero ahorita con esta enfermedad del COVID, pues bajó mucho la venta, porque a mucha gente le dio miedo y luego, tantito les daba gripa, ya no compraban [...]. Sí afectó mucho el COVID para mis hijos, todos, porque mis hijos son músicos. Entonces ya no había fiestas. Tuvieron que trabajar de lo que encontraron. Mi esposo se iba a Oaxaca a trabajar, y cerraron todo: las obras donde él era herrero. Cuando empezó, hay gente que se encerraba, llenaban su despensa, pero a lo mejor ellos podían, pero nosotros, aquí al día vamos. Entonces sí nos afectó bastante el COVID [...] y aquí ¿dónde?, ¿cómo, vaya, para sacar el dinero? (Participante 2, mujer, 47 años, conversación con fecha 17/03/2022)

P1. No, pues la pandemia nos vino a afectar de gran manera. Nosotros, al menos, le digo, trabajamos un poco la artesanía y otro poco trabajamos el ladrillo, [pero] se estancó. Todo fue decayendo, decayendo el trabajo hasta que llegó el momento que casi se paralizó todo. Todo se estaba paralizando, ya no había venta. Nosotros teníamos trabajadores. Yo con mi hijo trabajábamos y teníamos tres trabajadores más; éramos cinco. Tuvimos que despedirlos porque ya no hubo venta. En los últimos días que yo estaba trabajando en el ladrillo, me fui a fracturar el pie. Más completamente quedé fuera del trabajo. (Participante 1, hombre, 55 años, conversación con fecha 14/02/2022)

P4. Desgraciadamente hubo un tiempo durante la pandemia que suspendí mi tratamiento, porque aquí el centro de salud se cerró y el hospital se cerró. A veces,

cuando tenía dinero, ya iba a un particular, pero salía muy caro. A veces atendían y a veces no, porque solo por medio de cita. Entonces sí me afectó, porque también el trabajo mermó, y no nada más a mí y a mi familia, sino a todo mundo, porque la pandemia nos afectó mucho y más a nosotros, que somos campesinos, porque ¿de dónde íbamos a sacar dinero? Y gracias a Dios ahí vamos [...]. Solo contaba con Seguro Popular, y como ya lo quitaron, pues ahora no cuento con nada. Ni mi familia ni yo, no tenemos ningún apoyo del gobierno ni nada. Estamos así, luchándole por la vida. (Participante 4, hombre, 59 años, conversación con fecha 25/04/2022)

El primer caso corresponde a una vendedora informal de hielos de sabores (bolis) cuyos ingresos disminuyeron debido a la baja en las ventas. Tratándose, además, de productos de hielo, las personas tomaron la medida precautoria de evitar exponerse al frío frente a cuadros compatibles con gripe o COVID-19. La familia entera se vio perjudicada en sus respectivos trabajos. El estancamiento del mercado laboral afectó también a P1, quien, como dueño de una pequeña empresa, se vio en la necesidad de suspender las labores y las relaciones con sus empleados. El problema económico se interseca con las malas condiciones de salud y la restricción de acceso a los servicios médicos, como en el caso de P4, quien comenta que el cierre del centro de salud y la extinción del Seguro Popular lo dejaron desamparado y con consecuencias negativas para la salud y las finanzas. La disminución del acceso a los servicios médicos públicos se ahonda en varios testimonios que enseguida se transcriben.

P2. Con mi enfermedad [diabetes], igual no podíamos ir a la clínica del pueblo porque era mucho el riesgo. Ir, y tantito ven si tienes gripa o hablas ronca, tienes gripa y tos, y no te atienden. Luego, para acabar, medicina no había. Pastillas no hubo en la clínica y ahí, con decirle que hace tres semanas tuve cita y nomás me dieron una cajita de metformina y un botecito de glibenclamida porque no hay, dice. Entonces, ahora sí que de nuestra bolsa compramos, pero, le digo, no había trabajo. ¿De dónde comprarlo? Cada mes tenía yo que comprarlo [...]. Cuando no tenía dinero para comprarlo, dejaba yo de tomarlo y creo que fue cuando más se me subía la glucosa [...]. La caja costaba doscientos cincuenta pesos y tenía que comprar dos para que me alcanzara el mes. Entonces, cuando [mis hijos] no tuvieron trabajo —no es que quedamos sin nada—, vaya, pero teníamos que administrarnos muy bien para que alcanzara el dinero. A veces su mamá de la novia de mi hijo, ella también es diabética, pero tiene seguro porque es jubilada. Entonces, a ella le dan bastante medicamento, y ella es la que me ayudó a darme unas pastillas, porque yo no podía comprarlas. (Participante 2, mujer, 47 años, conversación con fecha 17/03/2022)

P4. El trabajo mermó [...]. Mi hija no tenía trabajo. Se cerró el comercio y no teníamos donde vender nuestros animalitos, y ahí estábamos buscándole para acá y para allá pa' comer [...]. También el medicamento subió mucho, todo está caro [...]. Le hacía la lucha. A veces salíamos a los baratillos [mercado donde las personas llegan a vender sus animales], pero arriesgando nuestra salud, porque en ese tiempo estaba muy fuerte [COVID-19]. Hubo muchas muertes acá, inclusive una hermana mía murió de eso, que era comerciante también y pescó la enfermedad en el baratillo y

murió [...]. Desgraciadamente, uno que va al día tiene que salir a lucharle para sacar para comer, si no ¿cómo vamos a sobrevivir? Si no moríamos de COVID, moríamos de hambre. (Participante 4, hombre, 59 años, conversación con fecha 25/04/2022)

Los extractos aluden a que el personal sanitario rechazaba a los pacientes con síntomas respiratorios, al cierre temporal de centros de salud y hospitales y al desabasto de medicamentos. Aunque las personas entrevistadas no explicaron las razones de esas clausuras, mediante la revisión hemerográfica y de la literatura, se supo que reubicaron al personal médico a hospitales dedicados al COVID-19 para atender la emergencia, y que se suspendió la actividad de los trabajadores sanitarios “vulnerables”, debido a sus condiciones de salud y a su edad. Los brotes epidémicos fueron la causa de que los nosocomios cerraran de forma temporal. P4 enfatiza la imperiosa necesidad de salir a trabajar, aun poniendo en riesgo la vida.

“Siempre tiene uno temor [...] pero se encomienda uno con Dios”:
del miedo a la resignación

Fue en esos escenarios de precariedad, de exposición forzosa al riesgo, de dificultades económicas graves y de falta de control de las enfermedades previas, que se evidenció el miedo al contagio y el sentido de resignación y de aceptación de la suerte, lo cual se enfatiza en los siguientes testimonios.

P3. Pues yo tuve miedo. ¿Qué va a pasar conmigo que estoy así? Pero a la vez yo misma digo: “Si ya estamos en mano de Dios, si viene para mí, pues ¿ya qué? Pero si Dios me va a salvar, ya me salvé”. Solo a Diosito le llamo y le digo que me ayude. Le digo yo: “No tengo de dónde o cómo [...]”. Con la mano de Dios ya no tuve miedo. (Participante 3, mujer, 65 años, conversación con fecha 30/04/2022)

P7. Siempre tiene uno temor, pero a veces me pongo a pensar si ya llegó el día, [si] ya llegó el momento, pues ¿qué le vamos a hacer? Todos tenemos que morirnos. Todos, por más que tengas dinero y digas “soy rico”, pues tiene uno que morir, pero se encomienda uno con Dios Padre Eterno, que es el creador del cielo y de la tierra y de todas las cosas visibles e invisibles. Yo siempre tengo la fe [en] Dios. (Participante 7, hombre, 80 años, conversación con fecha 09/06/2022)

Ser personas vulnerables por tener padecimientos preexistentes incidió de forma profunda en la experiencia del miedo al contagio. Además, constatar que no se tienen medios suficientes para evitarlo y tener la perspectiva de que la muerte pertenece a una voluntad que trasciende las posibilidades humanas, provocó sentimientos de resignación, de aceptación y de entrega a Dios. Incluso los participantes asociaron el miedo, la preocupación y el susto a la falta de control de sus enfermedades, hecho que reforzó la necesidad de permanecer ecuanimes emocionalmente y aceptar su suerte:

P4. Yo tenía mucho miedo de que me agarrara esa enfermedad por la presión, porque yo le decía a mi esposa: “Si me agarra, me va a llevar”, porque esa enfermedad, ahora sí, que es mortal ¿no? Y para curarse costaba mucho dinero. A veces, hay gente que tenía [dinero] y no se curó. Nomás no salió. Se fue [...]. Desgraciadamente, cuando mi hermana estaba en cama, no fui a verla; me daba miedo. ¿Por qué? Por lo mismo que sufro de la presión, y tenía miedo de que me agarrara y me iba a llevar. Por eso nunca fui a ver a mi hermana. El día que murió, fui un rato y hasta ahí, nada más. Y ya, se enterró. Me empeoré más cuando mi hermana falleció y cuando esto [la presión] se alzó mucho. Ahí empeoré porque no se me quitaba de la mente esta enfermedad, porque, a veces, me daba dolor de cabeza, vómito y ya decía yo: “Es el COVID”. Más me daba miedo y tenía puro eso en la mente [...]. Me afectó en la presión, más que nada porque tenía yo miedo, tenía mucho miedo que me pudiera infectar de esa enfermedad y me iba a morir. Eso es lo que tenía miedo. (Participante 4, hombre, 59 años, conversación con fecha 25/04/2022)

P2. Sí, pues al principio yo no creía en la enfermedad. Yo decía mucho que era política, que no era serio eso. Yo no usaba cubreboca, llegaba yo al mercado. Digo, si yo me propongo, me voy a cuidar, yo misma me voy a cuidar, pero, aunque me esté cuidando, también si ya viene para mí, pues ni modo, ¿qué le vamos a hacer? [...]. Un señor de aquí tenía presión alta, pero dicen que cuando empezó con la gripa y todo eso, dicen que sí se asustó mucho. A lo mejor, yo digo, que eso también hace que [...]. Te asustas y eso [...] te ataca más fuerte. (Participante 2, mujer, 47 años, conversación con fecha 17/03/2022)

Como puede verse, las percepciones y las valoraciones del COVID-19 son cambiantes. Las acciones de las personas oscilaron entre prevenir o enfrentar el riesgo que de por sí supone vivir. En la siguiente sección, se muestra que los participantes interpretaron el autocuidado como evitar ir a los centros de salud del sector público, en particular los hospitales.

“Si vas al hospital, ya no vas a salir”:
desconfianza en los servicios de salud públicos

La desconfianza en los servicios de salud públicos fue un tema importante y recurrente:

P1. Últimamente que me sucedió el caso [infección en uno de los pies y riesgo de amputación], ya no fui al hospital. Me fui al particular porque mero estaba la pandemia. ¿Quién quería ir a los hospitales? Pues nadie. Ya ve cómo estaba el miedo. (Participante 1, hombre, 55 años, conversación con fecha 14/02/2022)

P7. No sabía [que tenía COVID-19]. Después me dijeron los familiares: “Eso es lo que está pasando”. Lo que más me recomendaron es que: “No vayas al hospital, porque ahí, si vas al hospital, ya no vas a salir”. Es el miedo que tuvimos, porque aquí, en una ocasión, un señor llevó a su esposa para ver nada más una tos que tenía y la llevaron al hospital de especialidades [...] y, fíjese, ya no regresó la señora. Se murió

[...]. Dios me lo metió acá, en la mente: “No vayas allá, porque de ahí ya no regresan”. Entonces pienso que los doctores o los que trabajan ahí piensan o dicen: “Este padece de COVID, ¿para qué lo dejamos ir? Va a contagiar a mucha gente, mejor que se quede aquí y ya no va a volver”. Yo pienso eso, porque todos los que llegaron al hospital, ya no salieron. Eso es lo que me recomendaron a mí: “Por favor, no vayas a ir al hospital, porque de ahí ya no regresan”. Y así fue. Varias personas fueron al hospital, y ya no regresaron. (Participante 7, hombre, 80 años, conversación con fecha 9/06/2022)

Los dos extractos subrayan la desconfianza en los servicios de salud públicos, lo que obligó a las personas a automedicarse o a acudir a los servicios privados, percibidos como menos peligrosos. En el segundo testimonio, la persona entrevistada incluso insinuó que el personal sanitario del hospital retenía (o mataba) a las personas con COVID-19 para que no propagaran la enfermedad en la comunidad. Son afirmaciones fuertes que dan cuenta del nivel de vulnerabilidad de los sujetos, pues se sienten a merced de voluntades ajenas. Esas aseveraciones están dominadas por un diseño que se puede calificar de biopolítico o de manejo de la vida y la muerte de la población que tiene mayores desventajas sociales.

“Yo no creo en ninguna enfermedad”: incredulidad sobre el COVID-19

Como se ha podido apreciar en las palabras de la participante 2 (véase la sección “Siempre tiene uno temor [...] pero se encomienda uno con Dios”: del miedo a la resignación, al principio la población tenía incredulidad sobre la nueva enfermedad, sobre todo durante los primeros meses de la pandemia. Ese sentimiento estuvo asociado con la idea de que la alarma pandémica y las medidas sanitarias restrictivas eran un diseño para controlar la población por alguna finalidad política. El cambio del escepticismo a la constatación de que la pandemia era real, se dio cuando empezaron a registrarse contagios y fallecimientos en las localidades propias o en las vecinas. Es importante decir que de las siete personas entrevistadas, solo dos enfermaron de COVID-19, pero seis de siete reportaron algún conocido o familiar contagiado o incluso fallecido. Todas las personas, menos una, reportaron haberse apegado a las estrategias preventivas de usar cubrebocas, reducir las visitas a las ciudades y a los lugares concurridos, evitar exponerse a corrientes de aire, no comer alimentos fríos, usar alcohol en gel, limpiar la casa con cloro, cambiarse de ropa regresando de alguna salida, consumir té, infusiones o mezcal, entre otras. Todas esas acciones demuestran que las personas, a pesar de haber tenido una incredulidad inicial, tomaron en serio la peligrosidad del COVID-19. Solo un entrevistado manifestó un escepticismo radical:

P6. ¡Qué me voy a encerrar aquí en la casa solo! Yo voy a salir, yo voy al campo. ¿Qué enfermedad?, le digo a la gente; puro se asusta la gente así [...]. Yo no tengo miedo, yo no creo en ninguna enfermedad. Creo por la Virgen, yo no creo en ninguna enfermedad ni uso cubreboca ni nada, porque mucha gente, yo miré que no [tenía] esa enfermedad. Tenía miedo; se asusta uno. Yo no te creo de esa enfermedad. No

le hace, la hora que llegue me voy [muero]. La voy [a la muerte] a recibir [abre los brazos como en señal de un abrazo para recibir a la muerte]. Ni modo que le diga: “No me voy. No me voy” ya cuando Jesús te va a recibir, porque la enfermedad es un aire, pues. (Participante 6, hombre, 61 años, conversación con fecha 6/06/2022)

Y en otra parte de la entrevista, P6 externó:

ENTREVISTADORA: En su comunidad, ¿la gente tenía miedo o no?

P6. Las gentes tienen miedo la mitad o no sé, pero parte de mí no creo lo que platican las gentes. Muchas personas murieron, pero no por esta enfermedad, la verdad, sino porque los mismos gobiernos mataron a muchas personas. Porque les dieron la vacuna; ni vacuna creo yo. Nosotros íbamos a la ciudad. No sé si la demás gente se encerró como pollo en su casa, pero yo no. (Participante 6, hombre, 61 años, conversación con fecha 6/06/2022)

En el testimonio anterior emergen de nuevo dos temas importantes: 1) la aceptación de la muerte y la entrega a la voluntad de seres divinos, y 2) el sentimiento de desconfianza radical en “los gobiernos”, vistos incluso como manipuladores y asesinos.

“Cuando alguien está enfermo, lo vamos a visitar. Eso es lo que le digo, que se acostumbra [...]. Pero esta vez no se pudo. Eso es algo que hizo sufrir mucho a la comunidad”: costos sociales y factores de protección y de resiliencia

Así como la pandemia trajo efectos importantes en las economías precarias de las personas entrevistadas, también determinó costos sociales. Dichas personas fueron muy enfáticas cuando indicaron lo triste y perjudicial que es no poder reunirse con familiares y personas de la comunidad, sobre todo cuando culturalmente demandan la congregación y la compañía mutua; por ejemplo, durante la enfermedad o por alguna muerte. La sociedad oaxaqueña posee códigos de comportamiento muy definidos que se expresan mediante costumbres, como la *guez*a (abreviación de *guelaguetza*, en zapoteco) en los Valles Centrales, que indica intercambio recíproco que se manifiesta en ayuda mutua en distintos ámbitos familiares y comunitarios. Así, en caso de enfermedad, los vecinos visitan a la persona enferma y ayudan con dinero o en especie. Los fallecimientos se sienten de manera grupal, y casi siempre implican rituales muy elaborados durante el velorio de cuerpo presente, la misa, el entierro y la compañía a la familia durante varios meses (hasta la celebración del cabo de año²). Los rituales incluyen visitas, entrega de limosnas, participación en los rezos y, de parte de la familia del difunto, ofrecer comida y bebida. Además, los fallecimientos se anuncian por la radio o perifoneo, y se invita a la población al velorio. La pandemia vino a romper esas costumbres. Los participantes perciben esto como un hecho sin precedentes.

2 “El “cabo de año” forma parte del ciclo de exequias que la población en general rinde a sus difuntos al cumplir el año del fallecimiento” (Garrett, 2010, p. 107).

P1. En ese tiempo que estuvo difícil [se refiere a su estado de salud comprometido por las complicaciones del pie diabético], nosotros estuvimos en reposo. Todo ese tiempo mis amigos, los familiares, no venían por ese temor. “No, pues está enfermo. ¿Cómo lo vamos a ir a ver? Lo vamos a contagiar y más rápido se nos va a ir”. Era una tensión fuerte, yo creo que en todo el mundo [...]. Cuando alguien está enfermo, lo vamos a visitar. Eso es lo que le digo que se acostumbra. Está enfermito tu hermano, vamos todos los hermanos a verlo. No, pues aquí te traemos alguna cosita, te traemos un algo, pero esta vez no se pudo. Eso es algo que hizo sufrir mucho a la comunidad. (Participante 1, hombre, 55 años, conversación con fecha 14/02/2022)

P4. Mucha gente murió. Por ejemplo, se murió en el hospital y de ahí directo al panteón. Ni abría uno la caja para ver si era tu familiar. Llegaba la máquina a escarbar, botaban la caja, así, como cayera, la tierra y se acabó. Los que se murieron aquí, el presidente dijo que lo vas a enterrar a las ocho, por ejemplo. Si se murió ayer en la noche, a las ocho ya se enterró [...]. Muchas muertes no se anunciaban en la radio ni en los tocadiscos. Cuando [nos enterábamos] a los tres, cuatro días [que] se murió fulano [...] mucha gente se quedó sin saber. No hacían los nueve días.³ Nada. Estaba suspendido todo. No había fiestas particulares ni fiestas del pueblo [ni] misas que hacía el padre, porque al padre le dio [se contagió] y también ya mero se iba, porque él sí estuvo entubado. (Participante 4, hombre, 59 años, conversación con fecha 25/04/2022)

P7. La gente empezó a hablar de que alguien murió y decían: “Familia, no vayas porque te vas a contagiar”. Pobres que murieron, a veces los familiares cercanos son los más importantes que lo fueron a enterrar, pero rápido, no tenerlo un día, dos días, nada de velación. Ya lo trasladaban y “mejor vayan luego a sepultarlo, ya no queremos que esté el cuerpo ahí, por favor”. Ahí es donde nos ordenaron eso, que no esté ese cuerpo porque nos va a contagiar. (Participante 7, hombre, 80 años, conversación con fecha 09/06/2022)

En el nivel colectivo y comunitario, entonces, la pandemia supuso un sufrimiento social, pues trastocó los códigos de convivencia más elementales que en las comunidades oaxaqueñas, tanto rurales como urbanas, implican la congregación, la socialización y la puesta en marcha de intercambios recíprocos muy estructurados.

La pandemia afectó la costumbre, pero otra dimensión social típica de las localidades con vocación campesina que, en cambio, resultó ser motivo de resiliencia, fue el apego al campo y la autoproducción. Las personas entrevistadas tenían acceso a los alimentos, aunque fuera de forma parcial, pero directa, ya fuera por el cultivo de maíz y de frijol para autoconsumo o por la posesión de huertos de traspatio con plantas comestibles y algún animal

3 Los rituales de compañía durante los actos funerarios y la elaboración del luto se celebran cuando muere la persona, nueve y cuarenta días después del fallecimiento y al cabo de un año. En cada ocasión, las personas se reúnen para rezar y brindar alguna limosna a la familia que está de luto, y esta ofrece comida y bebida.

doméstico. Ese modo de vida tradicional fue objeto de reflexión de algunas personas entrevistadas.

P1. Estos años han sido bien difíciles, y otra [cosa es] que, como sembramos nuestro maíz, tenemos nuestro frijolito. No nos ha hecho falta de comer. También logramos [criamos] un pollito en casa, que pone un huevito. Le digo que es algo que, gracias a Dios, acá, en la comunidad donde estamos [persiste]. (Participante 1, hombre, 55 años, conversación con fecha 14/02/2022)

P2. Pues aquí, gracias a Dios, sí se pudo [tener comida]. Como le digo, aquí también hay forma. Hay mucha gente que cría pollo en su casa, hay nopalitos en la casa, como que aquí hay forma de buscarle la comida. Pero sí, en la ciudad creo que es más difícil. Aquí creo que también ayuda el aire. Entonces como que se lleva la enfermedad y como que no nos afectó en ese aspecto. (Participante 2, mujer, 47 años, conversación con fecha 17/03/2022)

Tener acceso a algunos alimentos básicos, vivir en localidades valoradas por su buena calidad de aire y casas con patios y solares contribuyeron a que las personas tuvieran un sentimiento de tranquilidad y resiliencia ante la crisis económica, en contraposición con las personas de las ciudades.

Un factor que transmitió serenidad a las personas entrevistadas fue la vacuna contra el COVID-19. Cuando se realizaron las entrevistas, las campañas de vacunación ya se habían llevado a cabo y, de las siete personas entrevistadas, solo una no se había vacunado: el señor que había expresado más incredulidad respecto a la pandemia. El dato es importante, pues el problema del rechazo a las vacunas ha estado presente en muchos contextos y países.

Tabla 2. COVID-19 y vacunación

Número de participantes	Se contagió de COVID-19	Personas conocidas contagiadas de COVID-19	Personas conocidas fallecidas por COVID-19	Se aplicó la vacuna contra el COVID-19	Cantidad de dosis de vacunas contra el COVID-19	Los familiares cercanos se aplicaron la vacuna contra el COVID-19
1	No	Una media hermana y su familia.	Dos o tres personas de la comunidad.	Sí	3	Sí
2	No	Un hermano.	Vecinos y vecinas de la comunidad.	Sí	3	No dio información
3	No	Un hermano.	Vecinos y vecinas de la comunidad.	Sí	3	No dio información
4	No	Esposa, hija, nieta, yerno y una hermana.	Una hermana y múltiples muertes de habitantes de Zimatán, que es cabecera municipal.	Sí	3	Sí
5	Sí	El suegro de un sobrino y vecinos y vecinas de la comunidad.	El suegro de un sobrino.	No dio información	No dio información	No dio información
6	No	No refiere ninguna.	Menciona la muerte de muchas personas en general, pero niega que su causa sea el contagio de COVID-19.	No	Ninguna	Sí
7	Sí	Tres habitantes de la comunidad.	Tres vecinos de la comunidad muertos y habitantes de pueblos alledaños.	Sí	No dio información	No dio información

Fuente: elaboración propia a partir de la información recopilada a través de entrevistas.

El sentimiento inicial de incertidumbre junto con la posterior tranquilidad, una vez recibida la vacuna, queda expresada en los siguientes relatos:

P1. Estamos todos vacunados [en la familia]. Hay otro poquito más de confianza, aunque al principio, como que nos hacía dudar a lo último, ya ve qué tanto que se dice. Entonces ya decimos: “Es mucha medicina, mejor ya no”, pero, le digo, ya nos pusimos dos, va la tercera de una vez. Pues ¿ya qué? ¿Ya qué? (Participante 1, hombre, 55 años, conversación con fecha 21/02/2022)

P2. Yo sí me siento segura que ya tenemos ese [la vacuna]. Yo creo que si me da [el COVID-19], ya no me voy a enfermar, así, como tan fuerte como les dio a los primeros [que se enfermaron de COVID]. Aquí en el pueblo ya no se están muriendo, pues [ya mueren] pero de otras cosas. (Participante 2, mujer, 47 años, conversación con fecha 17/03/2022)

ENTREVISTADORA: ¿Usted ya se vacunó?

P3. Ah, sí, las tres. Ya estoy vacunada. Me siento segura con la vacuna. Gracias a Dios ya estoy tranquila, como que siento que ya se está normalizando. (Participante 3, mujer, 65 años, conversación con fecha 30/04/2022)

P4. Sí, ya tengo las tres vacunas. Ya me siento bien. Ya no pienso tanto en eso. Ya estoy tranquilo porque la enfermedad ya se aplacó, las muertes ya mermaron. Sí hay muertes, pero muertes naturales que murieron de esto o del otro, pero ya leve. (Participante 4, hombre, 59 años, conversación con fecha 25/04/2022)

Discusión y conclusiones

Los testimonios de las personas entrevistadas muestran la multiplicidad de emociones y experiencias en torno a la pandemia de COVID-19 con evidencias de transformaciones afectivas conforme el evento sanitario fue evolucionando. En general, la población indígena entrevistada puso el acento en las dificultades de tener que vivir “al día”, lo que limitó poder resguardarse durante el confinamiento y causó dificultades en cuanto a sus ingresos y oportunidades de empleo. La preexistencia de enfermedades crónicas diagnosticadas y la situación pandémica incidió de manera negativa en su salud y en sus finanzas, pues al disminuir el acceso a los servicios médicos del sector público, aumentó el uso de servicios privados con consecuencias negativas para su bolsillo. Los testimonios aquí expuestos encuentran confirmación en los datos duros del CONEVAL (2021, p. 9), que señalan que entre 2018 y 2020 en México hubo un aumento significativo de la población carente de acceso a los servicios de salud, tendencia que fue más dramática en el ámbito rural. Hersch-Martínez y Rodríguez-Hernández (2017), con base en un estudio sobre una comunidad de Oaxaca afrodescendiente, han argumentado que las dinámicas de empeño-endeudamiento para solventar necesidades de salud deberían considerarse marcadores epidemiológicos que develan formas de desatención estructural resultado de la colonialidad (p. 193).

Bayona (2011) ha subrayado la interrelación entre pobreza y morbimortalidad, interrelación que la pandemia vino a exponer con contundencia.

Tanto la evidencia científica nacional como la internacional han confirmado que las poblaciones indígenas y las minorías étnicas tuvieron porcentajes más elevados de mortalidad al principio y durante la pandemia (Baqui, Bica, Marra, Ercole y Schaar, 2020; Kirby, 2020). Esos porcentajes también explican los sentimientos de miedo al contagio y al desamparo que expresó la mayoría de las personas entrevistadas, lo que hace patente el hecho de que la vulnerabilidad estructural se inscribe en las dimensiones emocionales de las personas pertenecientes a grupos históricamente minorizados y subalternos.

Frente al cierre de los establecimientos de salud, la reducción de los horarios y de las consultas presenciales, las personas entrevistadas manifestaron que la medida preventiva de contagio era evitar el uso de los servicios públicos de salud, sobre todo de los hospitales, pues tenían la percepción de que eran lugares con un elevado riesgo de contagio y además creían que el personal tenía la capacidad de decidir sobre la vida y la muerte de los pacientes. La desconfianza en las instituciones alimentó las dudas iniciales sobre la pandemia «que algunos consideraron un invento o una exageración», sobre todo en los contextos rurales, pues se pensaba que eran más seguros debido a su baja densidad poblacional, su aislamiento y lejanía de los centros urbanos, su vida campirana, sus espacios al aire libre y sin contaminación. De hecho, entre los motivos para la tranquilidad y la resiliencia sobresale la importancia de tener acceso directo a los alimentos debido a las prácticas agrícolas de subsistencia. Los habitantes de entornos rurales, cuando se comparan con los pobladores urbanos, se sienten y se representan a sí mismos como privilegiados debido al acceso seguro, aunque básico, a los alimentos.

En conjunto, estos hallazgos subrayan lo planteado en términos teóricos, es decir, la necesidad de comprender las percepciones, las valoraciones y las experiencias relacionadas con las condiciones materiales de vida que, en esa región del sur de México, están marcadas por fuertes desigualdades sociales. En la región de los Valles Centrales, muchos pobladores rurales se hallan en condiciones socioeconómicas precarias, sin seguridad social, con limitado acceso a los servicios de salud, y tienen que depender de los servicios y recursos urbanos, cuyos costos pueden ser elevados. Esto se traduce en un sentimiento profundo, supérstite a lo largo de la historia, de desconfianza en “los gobiernos” y sus servicios. Pero, por otra parte, sobresale un fuerte sentimiento religioso que ayuda a mantener la ecuanimidad y fomenta la aceptación de las dificultades.

En cuanto al “riesgo aceptable”, se dijo que es producto de una valoración a la vez subjetiva y colectiva (culturalmente mediada). En esta investigación los participantes consideraron la vacunación un riesgo aceptable en la crisis pandémica, pero no la acción de acudir a un hospital público en caso de una urgencia. El miedo de no volver a casa, de morir lejos de la familia o de ser asesinado expresó un juicio encarnado (emocional) sobre su posición de indefensión que se tradujo en decisiones prácticas concretas.

La vacunación, como evento que infundió seguridad, fue un tema emergente que revela un proceso de significación amplio y diversificado en relación con

la evaluación del riesgo y la generación de confianza en los sujetos. Las investigaciones en otros países han demostrado que el racismo sistémico influye en que las personas pertenecientes a las minorías étnicas tiendan a rechazar la vacuna u otros tratamientos (Ash et al., 2021; Rusoja y Thomas, 2021). En este estudio, los participantes percibieron que la atención médica de los servicios públicos era poco confiable; la vacuna, a pesar de la incertidumbre inicial, se tomó como un factor protector que alentó a los participantes a sentir mayor seguridad. Este dato conduce a la pregunta sobre el grado de aceptación de la vacunación contra el COVID-19 en México. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2020 concluyó que la desconfianza en las vacunas se asocia con ser mujer, tener mayor edad, menor nivel de educación, menor nivel socioeconómico y trabajar en el sector informal (Carnalla et al., 2020). Sin embargo, por lo general, la población mexicana y de América Latina tuvo una aceptación elevada de la vacunación (76.3%) (Sallam, 2021, p. 9). Es posible que en el caso de las personas entrevistadas, haber tenido condiciones de salud que empeoraran las consecuencias del COVID-19, hizo que se vacunaran para protegerse. Respecto de la población indígena y rural, no se encontró información que pudiera ilustrar la recepción de las campañas de vacunación, tema que urge explorar.

En conclusión, las personas entrevistadas que participaron en el estudio evocaron condiciones de vulnerabilidad estructural que influyeron en su experiencia durante la pandemia, con expresiones de miedo, desconfianza, incredulidad o resignación. Pusieron el énfasis en los costos sociales y económicos. Hablaron de los factores de protección y de resiliencia vinculados con su modo de vida campesino y tradicional. Además, la mayoría se mostró activa en el cuidado de su salud a través de prácticas de prevención, atención y autoatención. Aunque esta investigación no tiene ambiciones de representatividad y solo constituye un acercamiento exploratorio, es un retrato de la forma en que la pandemia de COVID-19 se vivió en el medio rural indígena.

Referencias

- Appendini, K., y Torres-Mazuera, G. (2008). ¿Ruralidad sin agricultura? Perspectivas multidisciplinarias de una realidad fragmentada. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Argoty-Pantoja, A. D., Robles-Rivera, K., Rivera-Paredes, B., y Salmerón, J. (2021). COVID-19 fatality in Mexico's indigenous populations. *Public Health*, 193(abril), 69-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.023>
- Ash, M. J., Berkley-Patton, J., Christensen, K., Haardörfer, R., Livingston, M. D., Miller, T., y Woods-Jaeger, B. (2021). Predictors of medical mistrust among urban youth of color during the COVID-19 pandemic. *Translational Behavioral Medicine*, 11(8), 1626-1634. doi: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab061>

- Baqui, P., Bica, I., Marra, V., Ercole, A., y Schaar, M. van der. (2020). Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: A cross-sectional observational study. *The Lancet Global Health*, 8(8), e1018-e1026. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0)
- Bayona, E. (2011). Enfermedad y pobreza en la sierra de Chiapas. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 9(2), 93-115. doi: <https://doi.org/10.29043/liminar.v9i2.50>
- Carnalla, M., Basto-Abreu, A., Stern, D., Bautista-Arredondo, S., Shamah-Levy, T., Alpuche-Aranda, C. M., Rivera-Dommarco, J., y Barrientos-Gutiérrez, T. (2021). Acceptance, refusal, and hesitancy of COVID-19 vaccination in Mexico: ENSANUT 2020 COVID-19. *Salud Pública de México*, 63, 598-606. doi: <https://doi.org/10.21149/12696>
- Castro, A., y Farmer, P. (2003). El SIDA y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social* (17), 29-47. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180913909003.pdf>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2020). *La violencia contra las mujeres en el contexto del COVID-19*. Recuperado de <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/COVID-Mujeres.pdf>
- Connelly, L. M. (2010). What is phenomenology? *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 19(2), 127-128. PMID: 20476524
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Pacífico Sur (CONACYT y CIESAS PS). (2021). *Informe de políticas (policy brief). Fortalecimiento de la gobernanza comunitaria indígena en escenarios de riesgo: aprendizajes a partir de la pandemia de COVID-19*. Proyecto 312309 “Biogobernanzas frente a la pandemia de COVID-19: necesidades, recursos y estrategias en comunidades indígenas del estado de Oaxaca”. Documento de trabajo, inédito.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). *Informe de pobreza y evaluación 2020. Oaxaca*. Ciudad de México: CONEVAL. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Oaxaca_2020.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2021). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*. Ciudad de México: CONEVAL. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
- Coronel D. (2006). *Zapotecos de los Valles Centrales de Oaxaca*. Ciudad de México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).
- Cortés-Meda, A., y Ponciano-Rodríguez, G. (2021). Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México. *Boletín sobre COVID-19*, 2(17), 9-13.
- Cortez-Gómez, R., Muñoz-Martínez, R., y Ponce-Jiménez, P. (2020). Vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas ante el COVID-19. *Boletín sobre COVID*, 1(7-8), 7-10.

- Díaz, R. E. (2018). Vulnerabilidad y riesgo como conceptos indisociables para el estudio del impacto del cambio climático en la salud. *región y sociedad*, 30(73), 1-33. doi: <http://dx.doi.org/10.22198/rys.2018.73.a968>
- Díaz, I., y Beltrán, F. (2022). Migración y comercio informal en tiempos de COVID-19. El caso de Coatepec de las Bateas, Estado de México. En G. Angelotti (coord.), *Testimonios antropológicos por COVID-19 en América Latina. Tomo III: Migración, trabajo y economía de grupos vulnerables* (pp. 193-214). Mérida: Ediciones de la Calle 70.
- Douglas, M., y Wildavsky, A. (1982) *Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press.
- Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC) y Foro Indígena del Abya Yala (FIAY). (2020). *Los pueblos indígenas ante la pandemia del COVID-19. Segundo informe regional. Comunidades en riesgo y buenas prácticas*. Recuperado de https://indigenasCOVID19.red/wp-content/uploads/2020/06/FILAC_FIAY_segundo-informe-PI_COVID19.pdf
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. doi: <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Garrett, M. G. (2010). El “cabo de año” de un chamán. Nociones sobre ancestralidad y chamanismo otomí. *Dimensión Antropológica*, 17(50), 107-132. Recuperado de <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/dimension/article/view/1240/4578>
- González, M. E., Vera, J. I., y Hernández, S. (2021). Estudio de la percepción ambiental geográfica de la contaminación de un arroyo urbano, Tonalá, Chiapas. *región y sociedad*, 33, e1510. doi: <https://doi.org/10.22198/rys2021/33/1510>
- Gordon, S. (2021). Mujeres, trabajo doméstico y COVID-19; explorando el incremento en la desigualdad de género causada por la COVID-19. *Psicología Iberoamericana*, 29(1). doi: <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.399>
- Hersch-Martínez, P., y Rodríguez-Hernández B. (2017) Un marcador epidemiológico invisibilizado: el endeudamiento en una población afro-mexicana de Oaxaca. *Salud Pública de México*, 59(2), 193-201. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/7841>
- Horbath, J. E. (2021). Análisis de supervivencia de pacientes indígenas mexicanos contagiados con COVID-19 iniciando la pandemia. *Revista Latinoamericana de Población*, 16, e202111. doi: <https://doi.org/10.31406/relap2021.v16.e202111>
- Ibarra-Nava, I., Flores-Rodríguez, K. G., Ruiz-Herrera, V., Ochoa-Bayona, H. C., Salinas-Zertuche, A., Padilla-Orozco, M., y Salazar-Montalvo, R. G., (2021). Ethnic disparities in COVID-19 mortality in Mexico: A cross-sectional study based on national data. *Plos One*, 16(3), p.e0239168. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239168>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Cuéntame. Información por entidad. Recuperado de <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/oax/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=20>

- Jacobo, F. (2013). *Hacia una antropología de las emociones. La atención de la envidia entre los nahuas en Cuetzalan, Puebla* (Tesis de Doctorado). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Kirby, T. (2020). Evidence mounts on the disproportionate effect of COVID-19 on ethnic minorities. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 547-548. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30228-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30228-9)
- Larsen, H. G., y Adu, P. (2021). *The theoretical framework in phenomenological research: Development and application*. Londres: Routledge.
- López, E. (2012). Psicología social: la percepción. Recuperado de <http://yorela-torrescastilo.blogspot.com/2012/09/la-persepcion.html>
- López, O. (2011). *La pérdida del paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México y Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- López, O. (2019). *Extravíos del alma mexicana. Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México y Facultad de Estudios Superiores de Iztacala.
- López, O., y Cortijo, X. (2021). Procesos socioemocionales de estudiantes universitarios por medidas sanitarias COVID-19: resultados preliminares. *South Florida Journal of Development, Miami*, 2(3), 4147-4162. doi: <https://doi.org/10.46932/sfjdv2n3-028>
- Lutz, C. (1998). *Unnatural emotions: Everyday sentiments on a Micronesian atoll and their challenge to western theory*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mapp, T. (2008). Understanding phenomenology: The lived experience. *British Journal of Midwifery*, 16(5), 308-311. doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2008.16.5.29192>
- Mejía, R. (2022). Migrar y trabajar en pandemia: Experiencias de familias mayas-tsotsiles vendedoras ambulantes en una ciudad mexicana. En G. Angelotti (coord.), *Testimonios antropológicos por COVID-19 en América Latina. Tomo III: Migración, trabajo y economía de grupos vulnerables* (pp. 165-192). Mérida: Ediciones de la Calle 70. Recuperado de <https://antropica.com.mx/ojs2/index.php/AntropicaRCSH/libros>
- Merleau-Ponty, M. (1978). *Phenomenology of perception*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Muñoz, R. (2021). COVID-19 and social stigma in hospitals: A new epidemic of signification? *Medical Anthropology*, 40(7), 667-681. doi: <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1974021>
- Muñoz, R. (2022). El VIH en los pueblos indígenas de Oaxaca, México: de la inmunidad étnica a la vulnerabilidad estructural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 67(245). doi: <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2022.245.71834>
- Neubauer, B. E., Witkop, C., y Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90-97. doi: <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52252/OPSIMSPHECOVID-19200030_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., y Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810-819. doi: <https://doi.org/10.21149/11861>
- Quesada, J., Hart, L. K., y Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. doi: <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>
- Rosaldo, M. (1984). Toward an anthropology of self and feeling. En R. Shweder y R. LeVine (eds.), *Culture theory: Essays on mind, self and emotions* (pp. 127-157). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosales, J. J. (2015). Perception and experience. *Episteme*, 35(2), 21-36. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002&lng=es&nrm=iso
- Rusoja, E. A., y Thomas, B. A. (2021). The COVID-19 pandemic, Black mistrust, and a path forward. *EClinicalMedicine*, 35(100868, mayo de 2021). doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100868>
- Ruiz, F. J. (2011). *Valles Centrales*. Oaxaca: CIESAS, Carteles Editores, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y Gobierno del Estado de Oaxaca.
- Sallam, M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: A concise systematic review of vaccine acceptance rates. *Vaccines*, 9(2), 160. doi: <https://doi.org/10.3390/vaccines9020160>
- Sánchez, V. I., y Gutiérrez, V. (2016). Vulnerabilidades en la salud sexual y reproductiva frente a la violencia estructural entre estudiantes universitarios de Chiapas. *Ra Ximhai*, 12(1), 69-82. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/461/46146696005.pdf>
- Secretaría de Salud (SSA). (2021). *COVID-19 en México: panorama en población que se reconoce como indígena*. Recuperado de https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/05/A_COVID_19_29_abril_2021_PoblacionIndigena.pdf
- Secretaría de Salud (SSA). (2022). *Informe integral de COVID-19 en México*. Número 12-2022/03 de noviembre 2022. Recuperado de https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/COVID19/Info-12-22-Int_COVID-19.pdf
- Teherani A., Martimianakis, T., Stenfors-Hayes, T., Wadhwa, A., y Varpio, L. (2015). Choosing a qualitative research approach. *Journal of Graduate Medical Education*, 7(4), 669-670. doi: <https://doi.org/10.4300%2FJGME-D-15-00414.1>
- Tejeda, G., y Palafox, C. G. (2021). Percepción sobre la seguridad ciudadana en Sonora. *región y sociedad*, 33, e1438. doi: <https://doi.org/10.22198/rys2021/33/1438>

- Todres, L., y Holloway, I. (2004). Descriptive phenomenology: Life-world as evidence. En F. Rapport (ed.), *New qualitative methodologies in health and social care research* (pp. 79-98). Londres y Nueva York: Routledge.
- Urquiza, E. (2020). La tristeza en la montaña: una caracterización de la tristeza de los hombres en una comunidad indígena me'phaa. *Ruta Antropológica* (10), 34-54. Recuperado de https://posgrado.unam.mx/antropologia/revista/revista_10.pdf
- Valdez-Santiago, R., Villalobos-Hernández, A., Arenas-Monreal, L., Flores, K., y Ramos-Lira, L. (2021). Violencia en el hogar contra mujeres adultas durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(6, nov-dic), 782-788. doi: <https://doi.org/10.21149/13244>