

Tiempos de espera antes de atenderse por covid-19: dos experiencias de madres y sus hijos

Waiting times before being treated for covid-19: two experiences of mothers and their children

Abraham Osorio Ballesteros

 <https://orcid.org/0000-0002-0102-3322>
Universidad Autónoma del Estado de México, México
sub_abraham@yahoo.com.mx

Abstract

The article analyzes and interprets the waiting times faced by two mothers from the State of Mexico who were ill with covid-19 and their children, before seeking specialized medical care during the first two waves of the pandemic in Mexico. The aim is to highlight these waiting times –normally overlooked by the social sciences– as well as their relationship to the families' available resources. In this regard, the study shows that the waiting times for the women and their children were stratified; that is, they varied depending on their respective resources.

Keywords: *waiting times; covid-19; mothers and children; economic situation; attitude.*

Resumen

El artículo analiza e interpreta los tiempos de espera que enfrentaron dos madres mexiquenses enfermas de covid-19 y sus hijos, antes de buscar atención médica especializada, durante las dos primeras olas de la pandemia en México. El objetivo es visibilizar dichos tiempos de espera (normalmente ignorados por las ciencias sociales), así como las relaciones que guardaron con el capital disponible de cada familia. En este sentido, el estudio muestra que los tiempos de espera de las mujeres y sus hijos estuvieron estratificados; es decir, que presentaron distintos matices en función de sus recursos respectivos.

Palabras clave: tiempos de espera; covid-19; madres e hijos, situación económica; actitud.

Recibido: 7 de enero de 2025 / Aceptado: 20 de diciembre de 2025 / Publicado: 25 de mayo de 2026

CÓMO CITAR: Osorio Ballesteros, Abraham (2026), "Tiempos de espera antes de atenderse por covid-19: dos experiencias de madres y sus hijos", *Korpus* 21, 6, e228, <http://dx.doi.org/10.22136/korpus212026228>

Introducción

El presente trabajo se inscribe en un interés académico por los tiempos de espera o intersticiales (Gasparini, 1995) experimentados por personas enfermas antes de acudir al servicio médico y durante su tratamiento. Dicho enfoque surgió a partir de interacciones telefónicas con integrantes de dos familias mexiquenses afectadas por covid-19 en 2020, pertenecientes una al sector medio y otra al sector popular. La familia del sector medio, nombrada aquí como Pérez, presentaba una estructura nuclear conformada por padre, madre e hijos. Ambos padres tenían estudios universitarios y empleos en el sector público, los cuales conservaron de manera remota durante la pandemia del virus SARS-CoV-2. Por su parte, la familia del sector popular, denominada aquí como Gómez, contaba con una estructura familiar extendida integrada por adultos mayores como padres, un hijo —con esposa e hijos— y una nieta tratada como hija. Al momento de las interacciones, esta familia enfrentaba situaciones económicas y de salud adversas, debido a que el padre dejó de ejercer su oficio manual a causa de la emergencia sanitaria, además de que la madre padecía enfermedades degenerativas, como diabetes e hipertensión.

Ambas familias fueron abordadas en el marco de una investigación cualitativa que buscaba interpretar el proceso burocrático enfrentado por personas enfermas y sus familiares al solicitar atención médica en instituciones del Valle de Toluca, Estado de México, en el contexto pandémico. Los resultados dieron lugar al desarrollo de dos documentos, entre los cuales se encuentra el presente artículo. Sin embargo, a diferencia del previo, que se centró en los tiempos de espera de las madres de las dos familias mencionadas al momento de recibir atención, este artículo interpreta algunos tiempos manejados y enfrentados por tales madres y sus hijos antes de buscar atención especializada durante las dos primeras olas de contagio del virus SARS-CoV-2 en México, ubicadas por la Secretaría de Salud (2023) en las semanas epidemiológicas 8 a 39 de 2020 para la primera, y de la 40 de 2020 a la 15 de 2021 para la segunda.

Como es sabido, dichas olas generaron temor en muchas personas, no sólo por las cifras elevadas de contagios y muertes, sino también por la circulación de noticias falsas y el poco conocimiento sobre el virus. Estas condiciones propiciaron que varias personas enfermas, o sus familiares, cuando presentaban ciertos síntomas, en lugar de acudir a servicios de salud especializados, específicamente

públicos, optaran por permanecer en sus casas, buscar “servicios de atención sanitaria [...] de primer contacto” (Ordoñez-González y Basurto, 2023: 510) o combinar estas y otras acciones. La pertinencia del presente trabajo no radica únicamente en mostrar las experiencias de las madres y sus hijos, sino, sobre todo, en visibilizar los tiempos de espera previos a la atención médica y las relaciones que éstos guardaron con los capitales disponibles, los cuales se manifestaron a través de actitudes, acciones y disposiciones asumidas por las personas.

Para cumplir con este propósito, el trabajo se sustenta en la propuesta sociohistórica del tiempo de Pierre Bourdieu (Cristiano, 2022), la cual he utilizado en el tratamiento del tema y cuyo punto de encuentro con otras perspectivas radica en considerar el tiempo social como una construcción (Ramos Torre, 2009). Según este enfoque, toda experiencia del tiempo —incluida la espera— surge esencialmente del “sentido práctico que forjamos en el conocimiento de los juegos sociales” (Cristiano, 2022: 181), asociado más a las condiciones de existencia de las personas que a una labor intelectualista o filosófica, como sostienen algunos autores (Bourdieu, 1999). De tal manera que, para entenderla, se sugiere tomar en cuenta la posición que los sujetos ocupan dentro de la sociedad, pues ésta influye en cómo interpretan, vivencian o practican el tiempo y, por tanto, la espera.

Ahora bien, aunque esta sugerencia implica varias dimensiones, el presente trabajo se aborda desde los *habitus* de las personas y, de manera más concreta, de sus capitales, entendidos como indicadores de sus posiciones sociales. En cuanto a los *habitus*, definidos por Bourdieu como los “sistemas de disposiciones duraderas y transferibles” y como “principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones”, se utilizan para entender las distintas lecturas que las mujeres y sus hijos realizaron de los diferentes tipos de espera que manejaron o enfrentaron, ya sea por reproducir ciertas ideas o por anticipar cosas aprendidas en sus “condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia” (Bourdieu, 2007: 86). Este planteamiento se sustenta en la idea, compartida por el autor, de que toda experiencia del tiempo:

no se reduce a un instante puntual [...] [y transitorio, sino que antes bien] engloba las anticipaciones y las retrospecciones prácticas que están inscritas como potencialidades o huellas objetivas en aquello que se hace inmediatamente presente al espíritu, sin construcción ni elaboración (Bourdieu, 1999: 279).

Por otro lado, en relación con los capitales, que, según Bourdieu hacen referencia a “trabajo[s] acumulado[s], bien en forma de materia, bien en forma interiorizada o ‘incorporada’” (2001: 131), y los clasifica en económico, cultural, social y simbólico, en este documento se consideran como factores que pueden alentar o inhibir decisiones vinculadas con el tiempo, en la medida en que “engendran disposiciones” (Bourdieu, 2007: 88). Desde esta perspectiva, los capitales influyen en la manera en que las personas, posteriormente, deciden manejar, postergar o afrontar algún tipo de espera en alguna situación de su vida, como la aparición de síntomas asociados a una posible enfermedad.

Indudablemente, ello no ocurre de manera mecánica, toda vez que, como señala Bourdieu, “a los efectos automáticos de los condicionamientos impuestos por las condiciones de existencia se suman las intervenciones propiamente educativas de la familia, el grupo de iguales y los agentes escolares” (1999: 288), las cuales propician que las personas modifiquen sus acciones con y en el tiempo. No obstante, incluso en este caso, como afirma el autor, las tendencias generales de las disposiciones generadas por los capitales no son alteradas. Esto, según Cristiano (2022), se refleja en las distintas formas en que el tiempo es procesado o afrontado por las personas. Cuando éste se concibe como recurso, las diferencias en las disposiciones de capitales llevan a que unas personas lo utilicen con un sentido más estratégico que otras; en cambio, cuando constituye un obstáculo, por ser impuesto por unas personas a otras o por ser el resultado de elementos estructurales, tales disposiciones influyen en que las personas decidan actuar de cierta manera.

Desde una postura bourdiana, los *habitus* y los capitales no pueden aplicarse de manera separada al tema de las esperas en tanto forman una unidad indivisible. En este trabajo se pone especial atención en los capitales, debido a que las historias de las mujeres y de sus hijos aluden implícita o explícitamente a estos recursos. Con base en estos referentes teóricos, el supuesto que se usa a lo largo del trabajo es que, si bien los tipos de espera manejados o enfrentados por las mujeres enfermas siguieron un orden cronológico similar durante la aparición de los primeros síntomas y antes de buscar atención especializada, las posturas adoptadas frente a dichos tiempos fueron distintas en función de las posiciones de clase de sus familias, lo cual se reflejó en las razones, actitudes y acciones manejadas en cada tipo de espera, observándose posturas más activas en la mujer con más recursos y posturas más

pasivas en la que tenía menos capitales disponibles. Tales diferencias se replicaron también entre sus hijos, quienes reflejaron estas disposiciones en sus actitudes al enterarse de los primeros síntomas de sus madres y durante las atenciones posteriores.

Metodología

El artículo se basa en la investigación mencionada en la introducción, la cual implicó varias actividades, aunque para los fines de este trabajo sólo se mencionan tres: la generación de datos discursivos, su análisis y su reconstrucción.¹ En relación con la primera actividad, llevada a cabo en el segundo semestre de 2021, fue posible a partir de cinco entrevistas semiestructuradas y diversas conversaciones informales realizadas por vía telefónica con miembros de las dos familias ya aludidas.² Originalmente, se contempló la posibilidad de incorporar a integrantes de otras familias del Valle de Toluca; sin embargo, las complicaciones para contactarlos, así como la disposición y apertura de los miembros de las familias seleccionadas, llevaron a trabajar únicamente con estos últimos, quienes ofrecieron información extensa y complementaria.

Dicha información fue extensa porque las entrevistas implicaron varios minutos de interacción con los miembros de la familia Pérez —Lucía (mamá) y Artemio (hijo)— y de la familia Gómez —María (mamá), Pedro (hijo) y Ana (nieta)—, cuyas madres, en mayo y diciembre de 2020, respectivamente, padecieron enfermedades respiratorias graves. Y fue complementaria porque, en el caso de las conversaciones informales, algunas sirvieron para romper el hielo y generar un ambiente cercano y de confianza, mientras que otras permitieron aclarar o ampliar información previamente proporcionada por las personas participantes.

Por otra parte, la actividad relacionada con el análisis de los datos obtenidos implicó la transcripción de las entrevistas y conversaciones en un

¹ En otro trabajo relacionado con las esperas durante la atención especializada, mencioné otras actividades desarrolladas en la investigación, por lo que aquí serán omitidas.

² Estas técnicas fueron consideradas convenientes (Hernández Sampieri *et al.*, 2014) principalmente por dos razones: por un lado, porque permitieron resguardar la seguridad física de las personas investigadas y de quien escribe, ya que, para ese momento, todavía se consideraba un riesgo dados los contagios del virus SARS-CoV-2; por otro lado, porque las familias se negaron a compartir sus experiencias por otros medios de comunicación, como Zoom y Meet, los cuales les resultaban incómodos o difíciles.

procesador de textos, para luego continuar con una revisión línea por línea (Strauss y Corbin, 2008) y una interpretación hermenéutica (Gadamer, 2004). Durante estas actividades se consideraron las temáticas previstas en el guion de entrevista —entre ellas, las fechas de aparición de síntomas y enfermedad en las madres, la búsqueda de atención en instituciones públicas o privadas, las razones de dichas decisiones, las altas médicas y otros aspectos importantes para ellas y sus hijos—, y se eligieron los datos de las esperas experimentadas como focos de atención, dado su volumen.

Finalmente, en lo referente a la reconstrucción de los datos, ésta involucró primeramente una nueva revisión de lo transcrito, para luego dar paso a “ejercicios intertextuales, entendiendo por ellos, ejercicios de relaciones entre segmentos” (Osorio Ballesteros y Villavicencio Castañeda, 2022: 79), y cerrar con una reordenación lógica y secuencial a manera de escenas (Palumbo y Marentes, 2013) de varias de las esperas manejadas o experimentadas por las personas mencionadas durante todo el proceso de enfermedad de las madres, desde sus primeros síntomas hasta la atención médica y su alta.

En el caso de las esperas relacionadas con los síntomas, también se consideró la idea de unidades-núcleo propuesta por Demazière y Dubar, destacada por Kessler (2011), la cual, al aludir al agrupamiento de “discursos individuales según criterios de similitud entre ellos” (Kessler, 2011: 88), ayudó a conformar a quien escribe una suerte de tipología analítica de estas esperas, mediante la cual se buscó organizar lo dicho por las personas investigadas en grandes momentos cronológicos, asumiendo que en estos relatos las personas manejaron o enfrentaron episodios específicos de duración variable.

Resultados y discusiones

Con el fin de organizar este apartado, que constituye la parte central del trabajo, es importante hacer un apunte preambular. Dado que se estudian los distintos tipos de espera aludidos en las historias de las madres investigadas (Lucía y María) y sus hijos (Artemio y Ana), se ha decidido presentar los resultados en dos secciones. En este sentido, en la primera se examinan los momentos de espera aludidos por las madres, acompañados de su interpretación; en la segunda sección, se aborda el análisis de los tiempos referidos por sus hijos.

Primera sección. Tipos de espera identificados en las madres enfermas

Lo expresado en las historias de las madres investigadas permitió identificar un primer tipo de espera manejado por ellas frente a su enfermedad, el cual puede calificarse como una reacción primaria después de percibir la aparición de algunos síntomas iniciales. Esta reacción fue utilizada principalmente para no alarmarse ni asumirse como enfermas de manera inmediata, dando tiempo para observar la aparición de otros síntomas o la desaparición de los primeros, lo que les ayudaría a confirmar o descartar la presencia de algún padecimiento.

En la historia de Lucía, se señala que ella decidió utilizar este tipo de espera a partir de que sintió un malestar en la garganta, el cual, si bien le generó un miedo inicial por el seguimiento dado a las noticias de los diarios locales, incluyendo las de covid-19, como parte de sus actividades laborales, buscó resistir como lo había hecho con otros dolores de garganta. De acuerdo con la misma historia, esta decisión la mantuvo durante algunas horas, hasta la aparición de nuevos malestares corporales que finalmente la llevaron a tomar la decisión de acudir con una médica de su comunidad para su revisión.

Fue un miércoles que me empecé a sentir mal, tuve dolor de garganta. En ese momento me espanté, la verdad, porque ya me había yo enterado, por mi trabajo de dar seguimiento a los diarios de circulación estatal, de varios casos [de covid-19] en el Estado de México; pero pensé que sólo era dolor de garganta como en otros momentos, y decidí aguantarme como lo hacía en otras enfermedades o como lo hacían otros familiares para dejar que se presentaran otros síntomas o que se me pasaran. Al siguiente día, sin embargo, me percaté con cierta resignación de que tenía escurrimiento nasal y dolor de ojos, de tal manera que decidí ir al doctor. No quería yo ir en principio, no porque no tuviera dinero, sino porque creía que me podía yo infectar de covid si no era esto [lo que tenía], y porque no sabíamos con mi esposo a dónde ir, pues la información que teníamos de los hospitales públicos no era buena, sino mala, que había muchas muertes, pero finalmente me decidí a acudir, si no me falla la memoria, fue un jueves. Me dirigí a un consultorio de mi comunidad donde estaba una doctora con quien mi suegro había acudido y decía que era buena. Allí, después de esperar como media hora y no sentarme en sus bancas porque tenía yo miedo de contagiarme, me revisó la doctora y lo primero que le pregunté fue: “¿Es covid lo que tengo?” Y ella me dijo: “No, no es covid, es inicio de bronquitis”. Lo cual me generó cierta tranquilidad en ese momento. Tenía yo 92 de saturación [de oxígeno], pero dijo: “Sólo es inicio de bronquitis, no te preocupes tanto” (Lucía, comunicación personal, 2021).

En la historia de María, por otra parte, se indica que recurrió a este tipo de espera al momento de empezar con diarrea, síntoma que interpretó de manera sencilla y como consecuencia de lo que había comido, por lo que no consideró importante comunicarlo a sus hijas, tanto para no causarles más

preocupaciones como para no generar más gastos económicos, ya que su esposo, después de haber sido llevado a revisión con un médico particular en días previos, había sido diagnosticado con covid-19. Parte de esta experiencia fue narrada por María:

Empecé a tener mucha diarrea solamente y entonces pensé que sería [por] alguna cosa que me había comido. Lo que hice entonces fue ir a la farmacia a comprarme unas pastillas y me las tomé. Yo no quería agregarles otra preocupación a mis hijas, ya era suficiente con mi esposo. Nunca pensé que también fuera covid. De hecho, no dije nada, yo pensé: “¡Ya se me pasará!”. Y así me la pasé varias horas, hasta que me empecé a sentir un poco cansada. Me acuerdo [de] que había yo ido por [cosas para] mi comida, y ya cuando llegué [a mi casa] sí me empecé a sentir más [mal], y no quería [yo] decir, pensé: “Hasta que sienta yo más cosas, no quiero preocupar” (María, comunicación personal, 2021).

Un segundo tipo de espera identificado en las historias de las madres investigadas corresponde al manejo durante los primeros tratamientos posteriores a la atención inicial, el cual fue adoptado por ambas con la finalidad de dejar actuar los fármacos recetados por la médica y el médico que las atendieron, respectivamente. En este periodo, las dos manifestaron cierta confianza en los tratamientos, misma que probablemente podría haberse mantenido constante a lo largo de la duración de los mismos; sin embargo, en el caso de Lucía, enfrentó la aparición de otro síntoma, lo que marcó una inflexión en su proceder.

En su relato, Lucía indica que al principio mantuvo una actitud de confianza y cierta tranquilidad suponiendo, por sentido común (Geertz, 1983), que los fármacos recetados requerían cierto tiempo en hacer efecto. No obstante, al tercer día se dio cuenta de que no olía el detergente usado para asear su casa, lo que la hizo sentir nuevamente el miedo de padecer covid-19 por saber la relación guardada entre dicho síntoma y la enfermedad. Esta situación la llevó a dudar de la pertinencia del tratamiento recibido.

Si bien en su historia Lucía señala que ella trató de disipar esta duda mediante acciones verificadoras de su síntoma (como oler sustancias penetrantes) o no dándole mucha importancia al hecho, la aparición de dos nuevos síntomas, específicamente escalofríos y tos, al cabo de algunas horas, la llevaron finalmente a suspender el tiempo de espera para su tratamiento y, en su lugar, adoptar junto con su esposo tres medidas para atender un problema de salud que ahora sí percibía como tal: aislarse en su cuarto para no

contagiar a sus hijos; comunicarse con su compañera de trabajo para redefinir sus actividades laborales; y atender la sugerencia de su esposo de acudir con otro médico para una nueva revisión. Sobre esta última medida, su relato precisa dos aspectos. Por un lado, solicitó una consulta con el alergólogo de su hijo, quien se mostraba dispuesto a atender a familiares de sus pacientes. Por otro lado, el proceso de agendar la consulta por teléfono no le resultó sencillo, pues para ello tuvo que mencionar únicamente algunos síntomas a la secretaria del especialista, además de suplicarle su apoyo, intuyendo que sólo así podría lograr la programación de la cita.

En el caso de María, la información manifestada por ella indica que el tipo de espera manejado durante su primer tratamiento fue más breve que el de Lucía, de menos de un día y medio. Lo anterior se debió a que, después de ser recetada por un médico general de un hospital privado de Toluca —con quien su hijo Pedro la había llevado, porque él y su hija habían acudido a una revisión, ya que también presentaban malestares—, sus hijas mayores decidieron, desde sus propios hogares y vía telefónica, buscarle atención con otro especialista, quien, después de solicitarle una tomografía de tórax, le indicó suspender el tratamiento inicial.

A pesar de lo anterior, durante el tiempo que duró su primer tratamiento, las palabras de María señalan que confiaba en mejorar físicamente, pues, además de asumir que el médico que la había atendido sabía más que ella, en ese momento tampoco entendía lo que implicaba la covid-19, aun cuando ya se le había diagnosticado y se le había indicado requerir de oxígeno o de internamiento. A esto se suma que sus hijas no le habían advertido que, después de haber llevado al esposo de María con otro médico, había sido recetado con un tratamiento parecido al de ella. De hecho, según su relato, pese haber pasado una noche complicada, María pensó que posiblemente sentirse así era parte del proceso esperado, por lo que se limitó a permanecer acostada en la cama provisional que su hijo le había acondicionado en la sala para mantenerse aislada, como él lo hacía en un cuarto adyacente. Finalmente, cuenta haber mantenido la confianza durante el tiempo que duró este primer tratamiento al asumir que sus hijas la ayudarían a cubrir los gastos propios y de otros familiares enfermos, como ya le habían comentado, aunque también menciona que nunca dejó de mantener cierta preocupación, sobre todo porque no podía hacer mucho

en ese momento por ella, debido a que su esposo también estaba enfermo y, en consecuencia, sus recursos eran limitados.

Un tercer tipo de espera identificado en las historias de las mujeres investigadas fue el que enfrentaron, no manejaron, ante la atención de los especialistas consultados para confirmar la gravedad de sus problemas respiratorios. Este tipo de espera presentó distintos niveles de tardanza para cada una de ellas.

En el caso de Lucía, su historia muestra que este tipo de espera lo vivió durante dos días, lo que implicó un recorrido compuesto por tres momentos, pues en el mes en que experimentó todos sus síntomas, mayo de 2020, las autoridades sanitarias en México todavía estaban conociendo la covid-19. El primer momento de este tiempo de espera lo vivió en la primera de las dos consultas que el alergólogo le otorgó tras solicitarle una cita médica. En esa ocasión, Lucía, además de aguardar más de hora y media para ser atendida —espera que calificó de desesperante por los malestares que sentía—, fue nuevamente diagnosticada con problemas bronquiales y no con covid-19, por lo que se le prescribieron varios medicamentos parecidos a los utilizados por su hijo asmático. Si bien consideró que dichos fármacos eran costosos, no le significaba un problema adquirirlos, pues lo que a ella le interesaba era mejorar.

El segundo momento del recorrido se produjo al siguiente día, cuando acudió a un hospital privado para tomarse “una placa de tórax” (Lucía, comunicación personal, 2021), estudio solicitado por el alergólogo como condición para volverla a revisar, después de que Lucía experimentara nuevos malestares durante la noche y se comunicara con él por teléfono. En este punto, la historia de esta madre destaca dos aspectos. En primer lugar, la sorpresa que experimentó al llegar al hospital, pues, a decir de su información, ella tenía la expectativa de que su atención iba ser rápida si mencionaba que requería su placa por un problema de asma, como había sugerido el especialista. Sin embargo, al ser canalizada al área de urgencias, se percató de que no sería así, ya que vio a otras personas esperando turno para tomarse una placa, recibir sus resultados o realizarse pruebas PCR (reacción en cadena de la polimerasa) (MedLinePlus, 2022) tras haber sido diagnosticadas con covid-19.

Esta escena le generó mucha ansiedad, porque ya quería que le tomaran su placa para ser atendida y porque veía a varias personas con covid-19, lo que la llevó a suponer que posiblemente le realizarían su estudio en el área donde también se encontraban las personas enfermas. De acuerdo con su testimonio,

al momento de solicitar su placa, externó una petición especial a quien la atendió para cuidar su integridad y evitar contagiarse: “sacar[le] la placa donde no hubiera personas con covid” (Lucía, comunicación personal, 2021).

El segundo aspecto que destaca fue que, durante los 40 minutos que esperó su turno, decidió hacerse una prueba para detectar covid-19 luego de escuchar su costo y de recordar que “llevaba su tarjeta de débito y [...] le habían depositado de su trabajo” (Lucía, comunicación personal, 2021). La muestra para la prueba de covid-19 se la tomaron antes de su placa.

El tercer momento del recorrido, Lucía lo vivió cuando regresó al consultorio del alergólogo, donde, pese a haber llegado con “su placa [de tórax] en mano” (Lucía, comunicación personal, 2021), nuevamente esperó varios minutos antes de ser atendida. En esta ocasión, el especialista le sugirió hospitalizarse urgentemente, aunque sin precisar su padecimiento. Según su relato, su atención no ocurrió de manera directa, sino a través de su esposo, quien fue llamado por el especialista para revisar la placa de tórax; además, fue casi el último en ser atendido. Así lo platicó:

Recuerdo que [cuando me iba atender el doctor] ya sólo quedaba una señora en la sala de espera y le dijeron: “¿Se puede salir un momento, por favor?”. Después, la secretaria del doctor dijo mi nombre y me levanté para pasar al consultorio, pero comentó: “Que pase sólo el señor con la placa, así lo pidió el doctor”. Ya arriba, en el consultorio, me comentó después mi esposo que el doctor le pidió que pasara al consultorio de un lado. Después de unos minutos entró el doctor con un traje especial y le solicitó la placa. Después de revisarla, le comentó a mi esposo que estaba [yo] muy mala y que ya requería hospitalización. Y le dijo: “Vamos a ver a tu esposa, yo le explico”. Y bajaron a verme (Lucía, comunicación personal, 2021).

En cuanto a su hospitalización, la historia de Lucía señala que, después de bajar a verla y comunicarle su sugerencia, el alergólogo no le precisó si era porque tenía covid-19 o por otro padecimiento, ya que “tampoco tenía certeza” (Lucía, comunicación personal, 2021) al respecto, aunque sí la alentó a acudir a un hospital público regional específico para su atención, al considerarlo como “el hospital mejor equipado de la zona” (Lucía, comunicación personal, 2021) para atender su problema de salud.

En el caso de María, se observa que este tipo de espera lo vivió únicamente durante una tarde, después de que un médico le solicitó realizarse una tomografía —estudio que, para diciembre de 2020, ya era solicitado por algunos galenos— y le confirmó la covid-19, como ya se la había diagnosticado el primer médico

con el que su hijo la había llevado. No obstante, su historia también muestra que este tiempo estuvo marcado por contratiempos, como ocurrió con Lucía, pues quien le precisó su problema fue un médico en quien ni ella ni sus hijas habían pensado originalmente.

En efecto, el primer contratiempo que enfrentó María se presentó al día siguiente de haber sido atendida por un médico en un hospital privado, cuando sus hijas decidieron buscarle una nueva consulta con un especialista para confirmar o descartar su primer diagnóstico, pero sin lograrlo. Si bien sus hijas tenían una expectativa positiva de tal especialista, la secretaria nunca respondió sus llamadas telefónicas para agendar la cita.

Esta situación implicó para María seguir aguantando sus malestares sin presionar a sus hijas, aun cuando “ya se sentía mal y estaba oxigenando bajo” (María, comunicación personal, 2021). Esta decisión se asoció con una postura pasiva que adoptó ese día, caracterizada por limitarse a esperar indicaciones de sus hijas, no sólo porque no se había sentido bien con el tratamiento del primer doctor, sino también porque “no tenía dinero” (María, comunicación personal, 2021) para considerar otra alternativa. De acuerdo con su testimonio, mantuvo esta actitud a lo largo del día hasta que, finalmente, por la tarde, sus hijas le comunicaron su decisión de buscar a otro médico, recomendado por una familiar, para su revisión, aunque ello implicara un gasto bastante elevado, “porque cobraba y recetaba caro” (María, comunicación personal, 2021).

El segundo contratiempo lo enfrentó en el momento en que sus hijas contactaron al otro especialista, pues, según el recuento de Ana, nieta de María, tampoco fue fácil concretar su atención. Al comunicarse con él, en un primer momento se mostró renuente, al considerar que no lo habían buscado desde sus primeros síntomas. De hecho, la aceptación de atender a María, a su hijo y a su esposo ocurrió sólo después de escuchar las súplicas de Ana y de conocer los lazos consanguíneos que tenía María con una de sus pacientes.

El especialista les advirtió tres condiciones: que todos debían seguir sus indicaciones al pie de la letra, incluyendo reportes diarios; que los enfermos debían tomarse de manera urgente una tomografía y mandársela por medio de una aplicación (WhatsApp); y, finalmente, que su atención sería a distancia, mediante llamadas telefónicas o, en otros términos, a través de lo que algunos autores denominan telemedicina (Ordoñez-González y Basurto, 2023). Estas peticiones, de acuerdo con Ana, fueron aceptadas sin objeción, porque su

mayor deseo en ese momento “era que su mamá y sus familiares mejoraran” (Ana, comunicación personal, 2021), aunque ello significara un gasto importante. Así, después de aceptar estas peticiones, las hijas de María le entregaron dinero a su hermano para que él y su madre acudieran, alrededor de los nueve de la noche, al hospital recomendado por el médico, donde les realizaron las tomografías, cuyos resultados tardaron aproximadamente una hora en ser entregados.

Finalmente, el recuento de María señala que, después de que su hijo recibió los resultados, ambos regresaron a su casa, desde donde Ana los envió por medio de la aplicación acordada al médico, quien tardó algunos minutos en revisarlos y después les confirmó el diagnóstico que el primer doctor ya les había mencionado: covid-19, manifestado en un daño pulmonar importante en María y en menor medida en su hijo. Ante ello, el médico pidió iniciar el tratamiento inmediatamente, según dijo Ana, recetándoles medicamentos costosos, los cuales fueron comprados por las hijas de María, quienes decidieron cooperar para cubrir la atención de su madre, la de su hermano e incluso la de su padre.

Análisis de los tipos de espera en las madres

Los tres tipos de espera mencionados permiten identificar varios aspectos analíticos de interés, tales como las razones, actitudes y acciones manifestadas por las mujeres en cada uno de ellos. Aunque estas cuestiones parecen menores, se relacionan estrechamente con los capitales que cada una poseía. Para entender mejor lo mencionado, a continuación se analiza cada tipo de espera detenidamente.

En relación con el primero, las historias de las madres investigadas muestran que, si bien ambas lo adoptaron como un recurso para no impresionarse ante los síntomas iniciales y, por ende, para no considerarse enfermas de manera inmediata, las razones de dicha espera parecen ser diferentes. Posiblemente, y en consonancia con Bourdieu (2007), estas diferencias reflejan los distintos márgenes de poder con los que cada una se percibía en ese momento, en tanto integrantes de ciertos estratos sociales (Bourdieu, 1999).

En el caso de Lucía, se advierte una actitud más calculadora en este tipo de espera, que parece haber utilizado para observar el desarrollo de su primer síntoma, el dolor de garganta, y no apresurarse a asumir una postura ni, consecuentemente, a tomar la decisión de atenderse, lo cual en ese punto, parece haber considerado fundamental para no adquirir la covid-19. Si bien esta

postura pudo sustentarse en varias razones, se identifican al menos dos determinantes: por un lado, los conocimientos de los cuales disponía en ese momento sobre la enfermedad, derivados del seguimiento dado a diarios locales, que posiblemente la llevaron a actuar con cautela ante su síntoma inicial y el riesgo de contagio del virus SARS-CoV-2; por otro lado, las “potencialidades objetivas” (Bourdieu, 2007: 87) con las que se asumía, las cuales, conjeturalmente hablando, la hicieron suponer que, si no mejoraba, contaba con la posibilidad de llevar a cabo otra acción, como finalmente ocurrió al buscar atención médica tras la aparición de otros síntomas.

Aunque estos fundamentos parecen distantes, en realidad dan cuenta de la articulación entre los capitales cultural y económico con los que Lucía contaba en ese momento, que al parecer adquirió a partir de su formación académica y condición laboral. En conjunto, dichos capitales le generaron una especie de “actitud previsoría y reflexiva [...] más allá del [...] presente” (Elias, 1987: 458) y de su síntoma inicial. Esta postura resulta semejante a la atribuida por algunos autores a ciertas maternidades posmodernas (Molina, 2006), caracterizadas, entre otros rasgos, por una gran dosis de previsión como parte de su inclusión en un proceso de civilización más o menos importante (Elias, 1987).

En el caso de María, se percibe una razón más orientada a la inmediatez y al sacrificio en este primer momento de espera, pues parece haberlo utilizado, por un lado, para restarle importancia a su síntoma inicial y afrontarlo con los recursos que podía disponer entonces, como un medicamento de venta libre adquirido en la farmacia, sin tomar en cuenta las posibles consecuencias; y, por otro lado, para ocultar dicho síntoma a sus hijas, con el fin de no generarles preocupaciones adicionales, sobre todo en relación con los gastos derivados de su esposo.

Como señalaría Elias (1987), esta postura hace alusión a una especie de autocoacción en el plano psíquico y remite a la idea de imponerse limitaciones en su comportamiento y en sus proyecciones. Tal disposición posiblemente derivó del hecho de poseer capitales restringidos (Ahmed, 2014a), los cuales no sólo la llevaron a considerar como poco peligroso ingerir un medicamento para su primer síntoma, sino también a no comunicarlo a sus hijas para evitar otro gasto económico. Esta forma de actuar se aproxima a la figura de la madre-mujer protectora, caracterizada por ofrecer apoyo a su familia, subordinando incluso “los propios deseos [o necesidades]” (Molina, 2006: 97).

En el segundo tipo de espera, la información señalada tanto por Lucía como por María muestra que, aunque ambas lo utilizaron para dar tiempo a que su primer tratamiento hiciera efecto, cada una manifestó distintos niveles de libertad, entendida “no como un atributo fijo y predeterminado sino más bien [...] lo que [...] [se puede] hacer bajo unas circunstancias determinadas” (Stinchcombe, 1995, citado en Emirbayer, 2009: 298). En efecto, los recuentos indican mayor libertad en el caso de Lucía que en el de María. Lo anterior queda reflejado tanto en la decisión de Lucía de acudir con una doctora de su comunidad para atenderse después de sentir mayores malestares, como en la de sacar una cita con otro especialista al no advertir mejoría con su primer tratamiento. Se infiere que estas decisiones estuvieron condicionadas por su posición en el sector gubernamental en ese entonces y por las relaciones de género relativamente horizontales que mantenía con su esposo, quien también contaba con un empleo estable, lo que amplió sus posibilidades de acción.

Pero ¿por qué se infiere esto? En lo referente a su condición, si bien no se cuenta con información que permita sopesar de manera más clara el influjo de las condiciones de vida, se considera, como lo hiciera Engels (citado en Bleda García, 2005), que éstas configuraron sus ideas y su conciencia para disponerse a actuar de una y otra manera. Posiblemente, esta disposición no hubiera sido viable en otra paciente con menos recursos, pues, como señala Bourdieu (1999: 288), “el poder (es decir, el capital, la energía social) gobierna las potencialidades que [...] se ofrecen a cada jugador, sus posibilidades y sus imposibilidades”, de tal manera que las expectativas de una u otra opción fueron planteadas por las posibilidades objetivas (poder económico) que Lucía sabía que poseía. Asimismo, la dinámica de género con su esposo parece haber influido en sus decisiones, porque, al no imponerse la voluntad del marido como ocurre todavía de manera tradicional en algunos hogares, prevalece una relación más horizontal entre ellos, esto posiblemente la alentó a seguir la recomendación de su esposo de buscar otro médico especialista para su atención, después de no haber obtenido los resultados esperados con el primer tratamiento.

Estos niveles de libertad —o de elección— por parte de Lucía no se hacen visibles en la historia de María, en cuya historia, por el contrario, se deja entrever una postura más dependiente desde el inicio de su primer tratamiento hasta su interrupción repentina. A diferencia de Lucía, quien aguardó cierto tiempo para que los medicamentos hicieran efecto y, al no advertir mejoría, buscó otra opción

médica, María esperó a que los medicamentos recetados surtieran efecto hasta que sus hijas le comentaron que la revisaría otro médico.

En esta situación se percibe tanto un protagonismo marcado de sus hijas como un limitado poder de decisión de María respecto al manejo de su tratamiento, lo cual se infiere fue resultado de su edad como adulta mayor y de su agotamiento por los síntomas experimentados, pero, sobre todo, del poco capital cultural del que disponía en ese momento (Bourdieu, 2001) para emitir algún juicio del tratamiento y de la covid-19, así como la conciencia de los recursos económicos limitados con los que contaba, dada la falta de provisión de recursos por parte de su esposo debido a su enfermedad. Estos elementos que, posiblemente no lograba explicar, la llevaron a entender, por sentido práctico (Bourdieu, 2007), que tendría que aguardar el tiempo que le indicaran sus hijas para su tratamiento.

Ahora bien, como señalan tanto Foucault (citado en Haugaard, 2022; Rose, 2001) como Bourdieu (2001), en ningún tipo de relación social los sujetos carecen de poder, de tal manera que María, en tanto madre, tenía cierto poder simbólico sobre sus hijas (Bourdieu, 2001). No obstante, esta capacidad para hacerse escuchar sobre su tratamiento y su posterior atención con otro médico parece no haberse manifestado o incluso no haber sido considerada por sus hijas, ya que en ningún momento del recuento señala haber dicho algo al respecto o, menos aún, que sus hijas le preguntaran su opinión.

Esta situación pone en evidencia la no correspondencia u homología frecuente entre los capitales disponibles (Bourdieu, 2001) dentro de un mismo hogar. Aunque María era muy valorada en su familia, no contaba con suficiente capital cultural ni económico para ser consultada o escuchada. De forma similar, diversos estudios de género han destacado implícitamente que, aunque existen hogares donde hay una participación activa de las mujeres en decisiones importantes, las de mayor edad muchas veces no son consideradas, como parece haber ocurrido en el caso de María, quien incluso asumió esta situación.

Por último, en relación con el tercer tipo de espera, enfrentado por Lucía y María para confirmar el padecimiento de una enfermedad respiratoria grave, las historias muestran que ambas experimentaron ciertos condicionamientos (Cristiano, 2022) propios del campo médico, además de manejar distintos regímenes de movilidad y acción (Abad Miguélez, 2018). Éstos —que remiten “no solo a la facilidad de movimiento, sino a todos los casos de no movilidad, los de aquellos que son

detenidos incluso antes de empezar” (Salter, citado en Abad Miguélez, 2018: 2)— se asocian nuevamente con sus distintos capitales económicos, así como con las relaciones de género y generacionales presentes en sus hogares.

En referencia a los condicionamientos, las historias de Lucía y María indican que ambas enfrentaron tiempos impuestos por parte de integrantes del campo médico a quienes acudieron, reflejados en lo que algunos autores denominan “esperas formalmente institucionalizadas y [...] esperas institucionalizadas consuetudinariamente” (Pecheny, 2013: 23), aunque con distintas duraciones.

Lucía, por ejemplo, experimentó turnos formales cuando acudió a un hospital para realizarse la placa de tórax solicitada por el alergólogo, lo que implicó aguardar varios minutos tanto para ser atendida como para recibir los resultados. También enfrentó turnos consuetudinarios cuando, al regresar al consultorio del alergólogo, la secretaria de éste y el propio especialista la hicieron esperar hasta el final de la jornada para recibir atención, probablemente debido a prácticas habituales del sistema médico mexicano, donde se atiende a pacientes sin cita previa hasta concluir con todos los programados, a pesar de que tal dinámica pueda poner en riesgo a los otros pacientes.

Por su parte, María esperó, junto con sus hijas, la respuesta formal de la secretaria del médico en quien habían originalmente pensado para confirmar su diagnóstico de covid-19, bajo la expectativa de que se les asignara una cita conforme a los procedimientos institucionales. Sin embargo, al final, dicha comunicación no ocurrió. Posteriormente, también experimentó un tiempo de espera con el médico que finalmente le confirmó su problema de salud y le recetó el tratamiento —distinto del considerado originalmente—, cuando éste puso objeciones iniciales para atenderla a ella y a sus familiares, haciéndola dudar algunos minutos con miras, quizás, de hacerles ver que su atención sería una excepción, casi un favor especial.

Si bien estos tiempos fueron vividos de manera individual por cada madre, en ellos jugaron un rol importante sus capitales económicos, los cuales llevaron a que, por ejemplo, la angustia fuera significada de manera distinta por ambas. En el caso de Lucía, dicha angustia parece haber derivado de su urgencia por ser atendida lo antes posible, debido a su malestar y a los tiempos impuestos por el campo médico. En cambio, en María, la angustia parece haber surgido tanto de la necesidad de atención como de sus escasos recursos para buscar

opciones médicas, situación similar a la de algunos hombres sin porvenir, que se limitan a hacer lo que está a su alcance (Bourdieu, 1999).

En cuanto a los regímenes de movilidad y acciones que desarrollaron ambas mujeres, los casos sugieren que manifestaron distintos tipos de regímenes en las esperas que enfrentaron, los cuales estuvieron relacionados nuevamente con sus disposiciones económicas. Lucía, por ejemplo, tuvo mayor facilidad para llevar a cabo distintas movilidades y acciones: trasladarse a un hospital privado para realizarse el estudio solicitado y, una vez allí, realizarse una prueba PCR. Estas acciones facilitaron que el alergólogo a quien consultó le indicara, aunque sin precisarlo, la seriedad de su problema de salud.

Si bien es posible inferir que en estas movilidades y acciones jugó un papel determinante su instinto de supervivencia —expresado en su deseo de sentirse mejor—, se cree que igualmente fue relevante su capital económico, dado que estas movilidades le implicaron un gasto considerable. De tal manera que sus condiciones materiales determinaron su decisión de acudir al hospital indicado por el alergólogo, le permitieron realizarse el estudio solicitado e incluso, una vez ahí, optó por una prueba de PCR, lo cual probablemente, para otras personas con menos recursos, hubiera sido complicado.

Como señalan algunos estudios del proceso de salud-enfermedad, las condiciones materiales no sólo “determina[n] una orientación cognoscitiva particular [...] que se manifiesta en la manera diferencial en que los individuos expresan y experimentan sus padecimientos” (Castro, 2000: 47), sino también la dirección y concreción de ciertas acciones que llevan a cabo para enfrentarlos. Es decir, detrás de posturas y acciones en torno a la salud, se encuentran las cuestiones económicas, planteamientos que, por cierto, no son recientes en las ciencias sociales, sino que cuentan con un largo historial.³ Claro está que en las movilidades y las acciones de Lucía jugaron un rol importante tanto su condición laboral como sus relaciones de género relativamente horizontales con su esposo: la primera le permitió asumir los costos económicos derivados de su malestar, mientras que las segundas favorecieron la toma decisiones.

³ Quizás Engels sea uno de los primeros autores que evidenció esta cuestión desde un ángulo materialista, pues en 1845 publicó un ensayo en el que “relacionó el deficiente estado de la salud de la clase obrera inglesa con el capitalismo [...], señalando como causas de la enfermedad la distribución de la riqueza y el acceso a los bienes y servicios” (citado en Bleda García, 2005: 150).

El caso de María, por su parte, contrasta con el de Lucía, porque, como lo indican los recuentos, sus movilidades y acciones prácticamente estuvieron acotadas, orientadas a permanecer en la cama o en el lugar donde se encontraba, soportando el dolor, en una disposición que puede interpretarse, siguiendo a Bourdieu (2007), como una interiorización de imperativos en su cuerpo, así como en el seguimiento de las indicaciones de sus hijas, quienes le consiguieron la consulta con un segundo médico. La forma de actuar de María parece vinculada a los recursos limitados con los que contaba, tanto económicos como informativos respecto a la enfermedad. Estas condiciones, a su vez, al parecer estaban asociadas al empleo perdido de su esposo, quien, al ser diagnosticado con covid-19, no podía trabajar y tuvo que dejar de ejercer su oficio. En este sentido, el cuerpo de María puede interpretarse como un vehículo de la historia socioeconómica de su familia (Bourdieu, 2007).

Seguramente, esta postura más pasiva de María, en comparación con la de Lucía, también estuvo relacionada con su condición de adulta mayor, la cual, al menos en México, propicia que algunos hijos traten a sus padres con cierta condescendencia y maticen su condición agencial bajo el supuesto de que no pueden valerse por sí mismos. No obstante, en su caso, influyeron particularmente los recursos limitados con los cuales se percibía y que la llevaron a restringir sus decisiones, permitiendo que primaran las de sus hijas, ya que, como ella misma comentó, “sabía que esto requería dinero y ella y su esposo no podían sufragarlo en ese momento” (María, comunicación personal, 2021).

Segunda sección. Esperas entre los hijos de las madres enfermas

Hasta aquí se han analizado algunos tipos de espera manejados y enfrentados por las madres investigadas, así como los modos de proceder en cada uno de ellos. Sin embargo, al llegar a este punto, surge la pregunta: mientras estas mujeres manejaban o experimentaban tales esperas, ¿qué hacían sus hijos? Las historias de Artemio, hijo de Lucía, y de Ana, nieta de María, aunque considerada por ésta como hija, muestran que ellos también experimentaron dos tipos de espera, los cuales se abordan a continuación.

El primer tipo de espera identificado en sus recuentos surgió a raíz de conocer los síntomas iniciales de sus madres y se caracterizó por actitudes de despreocupación y desdén de estos malestares, bajo el supuesto de que

desaparecería con el paso del tiempo. En el caso de Artemio, su testimonio indica que adoptó una postura tranquila cuando su madre Lucía le informó sobre sus síntomas y su decisión de aislarse en un cuarto para protegerlo a él y a sus hermanos, evitando interactuar con cualquier miembro de la familia, excepto con su esposo. Esto le pareció “exagerado de parte de ella y su papá” porque, aunque ya sabía de la existencia de la covid-19 por las noticias que escuchaba mediante la televisión o veía en su teléfono móvil, desde su punto de vista, los síntomas de su mamá no tenían nada que ver con este nuevo virus, pues “en su familia se cuidaban mucho de no salir”, de modo que esperaba que al cabo de algunas horas o días simplemente le dijera: “Ya estoy bien, ya no tengo nada”. Tanto es así que en algún momento le manifestó a su papá lo siguiente: “Dile a mi mamá que no se preocupe tanto, solamente tiene gripa. Dile que ya va [a] mejorar” (Artemio, comunicación personal, 2021). En general, el relato de Artemio no muestra una preocupación significativa ante los primeros síntomas de Lucía; por el contrario, mientras aguardaba la mejoría de su mamá, se limitó a seguir explorando las redes sociales y jugar en línea, actividades rutinarias desde que sus papás decidieron que toda su familia permanecería en casa debido a la pandemia.

De manera similar, el recuento de Ana evidencia una postura despreocupada tras conocer que su mamá tenía diarrea y algo de cansancio, pues estos síntomas los asoció al consumo de algún alimento que posiblemente le hizo daño y que se potenciaron por ser diabética, antes que a la covid-19, enfermedad que a su papá —como le decía a su abuelo— ya le había sido diagnosticada. En este sentido, destacó que, “si bien estaba esperando que María mejorara, estos síntomas no le resultaban de considerable atención”. Ciertamente, “esto no significaba que estuviera tranquila, porque su condición [de María] no la hacía mantenerse tranquila y siempre la mantenía atenta, como les decía a sus tías, pero sí la hacía confiar en que pronto se iba a recuperar” (Ana, comunicación personal, 2021). De hecho, en el momento en que María presentó los primeros síntomas, su mente estaba más concentrada en la enfermedad de su papá que en la de su mamá.

El segundo tipo de espera identificado en las historias de Artemio y Ana corresponde al periodo previo a conocer si el empeoramiento tanto de Lucía como de María requería atención especializada. Esta espera estuvo marcada por momentos intermitentes de preocupación y, en menor medida, de esperanza.

En el caso de Artemio, su recuento indica que empezó a sentir preocupación la noche antes de que su mamá decidiera acudir nuevamente con el alergólogo, ya que, desde su alcoba, escuchaba que su madre tenía tos constante pese a las nebulizaciones indicadas en la primera consulta. Ante esta situación, expresó: “Hasta pensé, iesto no me gusta!, seguro mis papás irán nuevamente con el doctor, porque las nebulizaciones siempre son efectivas”. A medida que pasaban las horas deseaba que “pronto amaneciera”, pues escuchaba que su mamá no mejoraba. Sin embargo, como él comentó, “parecían que las horas no pasaban” (Artemio, comunicación personal, 2021) hasta que, sin darse su cuenta, se durmió y ya no supo de su madre, sino hasta al día siguiente, cuando su papá lo despertó para avisarle a él y a sus hermanos que llevaría a Lucía a una nueva consulta debido a que su estado de salud estaba empeorando. Esta decisión le generó cierta tranquilidad a Artemio, pues sabía que el alergólogo era “un doctor muy bueno y que seguramente le daría otro medicamento para sanarla” (Artemio, comunicación personal, 2021).

No obstante, tras varias horas sin tener noticias, empezó a preocuparse nuevamente porque sabía, por experiencia propia, que las consultas podían tardar, pero no como en ese momento. Tanto es así que para mitigar su sentimiento se entretuvo con sus juegos en línea preferidos. Finalmente, se tranquilizó por un momento cuando “su papá le habló [por teléfono] para decirle que ya iban de regreso a la casa” (Artemio, comunicación personal, 2021). Sin embargo, dicha tranquilidad desapareció en el instante en el que sus padres llegaron a su casa y le comentaron que “habían regresado solamente por unos documentos oficiales porque el alergólogo les había recomendado hospitalizar a su mamá porque estaba un poco mal” (Artemio, comunicación personal, 2021). Este anuncio reactivó su intranquilidad porque, sobre todo, desde ese momento en adelante no sabía lo que pasaría con ella, ya que su papá le había dicho que la llevaría a un hospital público, ya que contaba con seguridad social, a pesar de que casi nadie de su familia acudía por lo tardada que consideraban la atención.

En lo referente a Ana, su historia indica que empezó a sentir intranquilidad cuando su mamá regresó a casa junto con su tío, quien la había llevado a revisar con un médico, y se enteró de que tanto ella como él habían sido diagnosticados con la covid-19, al igual que su papá. De acuerdo con Ana, esta preocupación se intensificó cuando sus tías, después de enterarse de la situación, decidieron buscar otro médico para corroborar el diagnóstico, pues entendía que las

opciones eran limitadas: “o tienes la enfermedad o no la tienes y, si la tienes, requieres una atención muy especial porque se veían más mal que su papá” (Ana, comunicación personal, 2021). Si bien para ese entonces ya había más información sobre la covid-19, Ana era consciente de que se trataba de una enfermedad mortal, especialmente para personas como su mamá, que padecían diabetes y enfrentaban dificultades económicas. Esta intranquilidad se intensificó cuando sus llamadas al número telefónico del especialista que inicialmente habían considerado no eran atendidas por la secretaria, a pesar de haberlo intentado durante varias horas, y más aún cuando el segundo médico al que decidieron recurrir —a quien no habían considerado originalmente— mostró cierta reticencia inicial para emitir un diagnóstico de sus familiares argumentando no haberlos revisado desde sus primeros síntomas.

También Ana señala en su recuento que enfrentó un momento de impaciencia cuando su mamá y su tío acudieron al hospital sugerido por este último médico para realizarse la tomografía que requería para su diagnóstico. La impaciencia radicaba en que quería saber “si los habían podido atender o no porque había mucha gente en el hospital y no estaba segura si les habían dado espacio” (Ana, comunicación personal, 2021). Incluso señala que revisaba frecuentemente su celular a la espera de recibir algún mensaje por WhatsApp de su tío para saber sobre su situación, lo que finalmente ocurrió cuando su familiar le informó que ya iban de regreso con el estudio para enviarlo al médico. Ya en su casa, Ana se encargó de enviarle copia del estudio al médico, quien se comprometió a enviar su interpretación vía telefónica en los minutos siguientes. A decir de Ana, este momento fue el más tenso que vivió, porque ya quería que el médico le dijera algo, quien finalmente les confirmó el diagnóstico conocido y le sugirió una atención especializada tanto para su mamá como para los demás familiares enfermos. Esta noticia, según lo relatado por Ana, le causó un gran impacto al evidenciar que gran parte de su familia se había contagiado del virus SARS-CoV-2. No obstante, se tranquilizó un poco cuando comunicó la situación a sus tías, quienes manifestaron su disposición a apoyar en todo lo relacionado con la atención médica para salir adelante.

Análisis de los tipos de espera en los hijos

Si bien en ambos tipos de espera se identifican actitudes similares que van de la despreocupación a la preocupación por parte de Artemio y Ana en lo referente a los primeros síntomas de sus madres y a la confirmación posterior de que tenían problemas de salud graves, un análisis más detenido de sus historias hace suponer que estas actitudes respondieron a distintas condiciones de existencia de cada uno.

En el caso de Artemio, su despreocupación derivó, en parte, de la confianza en que los síntomas de su mamá desaparecerían en cuestión de algunas horas. Esta confianza no sólo se sustentaba en sus conocimientos adquiridos (Schütz, 2003; Ahmed, 2019) de experiencias previas con otras enfermedades, sino también en la ubicación implícita de su familia en una zona de amortiguamiento (Ahmed, 2014b), asociada con la condición favorable de sus padres, quienes contaban con empleos que podían desempeñar desde su casa. Estas condiciones le hicieron suponer que era poco probable que su madre se hubiera contagiado del virus del SARS-CoV-2 al estar confinada como el resto de su familia.

Esta sensación de resguardo y seguridad —tanto para él como para su familia— parece haber sido asumida con naturalidad por Artemio, lo cual se manifiesta implícitamente en el tiempo dedicado a sus juegos en línea y redes sociales. Si bien esta actitud no puede ser considerada como una consecuencia directa y exclusiva de las condiciones en las que se encontraba Artemio, sí puede plantearse que estuvo fuertemente relacionada con ellas, como lo han referido varios estudios sobre el trabajo: contar con un empleo estable —como parece haber ocurrido con los padres del Artemio— vuelve menos probable que se generen preocupaciones por enfermedades repentinas dentro de una familia, como incluso lo manifestó él mismo. Tanto es así que le dedicó tiempo a sus juegos en línea, actividad que, aunque algunos investigadores (Azócar-Gallardo y Ojeda-Aravena, 2021) han destacado como común entre niños y jóvenes durante el confinamiento, no todos tenían la oportunidad de realizar sin necesidad de alternarla con otras actividades, como las laborales, lo cual remite de nuevo a sus condiciones de existencia relativamente desahogadas.

Por su parte, los recuentos de Ana sugieren que su despreocupación ante los síntomas iniciales de su mamá estuvo más asociada a un conocimiento práctico (Bourdieu, 1997), en el que estuvieron presentes tres elementos aparentemente

contrarios: una concepción mecanicista de la enfermedad, que concibe “la alteración orgánica que acontece en el cuerpo humano” (Hueso Montoro, 2006), provocada por la llegada de un patógeno —como la ingesta de algún alimento— y potenciada por padecimientos crónicos (López Ramón y Ávalos García, 2013); una desvinculación entre los malestares de su madre y la covid-19 previamente diagnosticada a su padre; y una prioridad mayor otorgada a la salud de este último sobre la de ella.

Estos elementos parecen aludir, por inferencia, a un *habitus* asociado a una posición social limitada, a la vez que exhiben una racionalidad centrada en la inmediatez por parte de Ana para no sólo darle una explicación sencilla a los síntomas de su madre, desvinculándolos de los malestares de su padre, sino también para restarles importancia y concretarse en lo urgente de ese momento: la salud paterna. Parafraseando a Schwartz (1978), posiblemente dicha priorización pudo estar mediada por los constreñimientos económicos que enfrentaba ella y su familia.

En cuanto a las preocupaciones manifestadas por Artemio y Ana en relación con los tiempos de espera para conocer la gravedad de sus madres y la necesidad de atención especializada, los recuentos nuevamente indican diferencias. En Artemio, esta actitud pudo deberse tanto a sus experiencias con tratamientos especializados que no ofrecieron los resultados esperados en su mamá como a la impresión desfavorable que tenía de los hospitales públicos. Cuando su padre planteó la posibilidad de acudir a uno de ellos para la atención de su mamá, ello intensificó más su angustia.

De ser así, este elemento pondría nuevamente en discusión la posesión de recursos con que se asumía Artemio, pero no por su enunciación explícita en su relato, sino, al contrario, por no considerarlos como parte de su angustia, posiblemente por el hecho de que la “ubicación desde la que [...] observa[ba]” (Ramos Torre, 2009: 65) configuraba su percepción de poco riesgo al formar parte de una familia con empleo, lo que incluso permitió buscar atención con un especialista en dos veces sin aludir a los gastos importantes que esto implicaba.

Por su parte, en el caso de Ana, su relato sugiere que su preocupación se sustentó en la posibilidad de que su mamá podía empeorar y, sobre todo, ajustando una frase de Ahmed (2014a), debido a su limitada soberanía monetaria. Lo anterior se plantea porque, si se analiza lo dicho por Ana, se percibe que en dos momentos hace referencia a las condiciones económicas restringidas con que

contaba cuando se enteró del diagnóstico de covid-19 tanto de su mamá como de su tío y cuando el último médico le sugiere un tratamiento para ambos y hasta para su papá. Desde su lógica, atender esta enfermedad no era barato, tanto es así que incluso manifestó cierto alivio cuando sus familiares le comunicaron su disposición a apoyar para cubrir la atención de los enfermos.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se presentó una tipología de los tiempos de espera experimentados por las mujeres enfermas y sus hijos antes de ser diagnosticadas las primeras con covid-19. Esta tipología, más descriptiva que exhaustiva, permitió evidenciar que dichos tiempos son estratificados (Abad Miguélez, 2018; Schweizer, 2008); es decir, presentan distintas tonalidades en función de los capitales disponibles de las personas y, en este caso, de las familias analizadas. Este señalamiento resulta importante, ya que contribuyó a comprender estos tiempos intersticiales (Gasparini, 1995), que, como señala Alberó (2016), son complicados en tanto normalmente no son explicados.

Si bien es cierto que los hallazgos presentados no pretenden constituir una teoría general sobre los tiempos de espera, ni en términos amplios ni en los experimentados en el ámbito de la salud en particular, sí representan, al menos, un intento de abordar el tema de manera frontal (Abad Miguélez, 2018) para empezar a trascender la visión tradicional o de sentido común que, entre otros aspectos, ha llevado a considerar los tiempos de espera como estrictamente subjetivos —experimentados de forma particular por cada individuo— o como comunes —vividos por todos los individuos en algún momento como parte de la vida—. Por el contrario, el análisis ayudó a revalorar su estudio al mostrar, por un lado, su naturaleza social (Berger y Luckmann, 1991) y, por otro, su relación con los capitales de las personas.

En cuanto al primer aspecto, el trabajo indicó, al menos implícitamente, que todo tiempo de espera nunca es discontinuo ni independiente, como se llega a creer normalmente, sino que se encuentra engarzado siempre con lo vivido por las personas. Así se evidenció en las primeras partes del trabajo, cuando las madres investigadas aguardaron cierto tiempo frente a sus primeros síntomas porque, entre otras cuestiones, se apoyaron en sus conocimientos

previos sobre otras enfermedades, los cuales les hicieron suponer que así debían proceder.

Esta consideración permite tomar distancia de ciertas posturas mediáticas que, durante las primeras olas de la pandemia en México, simplemente llegaron a tildar de incomprensibles o irracionales a las personas enfermas de covid-19 que no acudieron a los hospitales públicos al momento de sentir malestares iniciales; en lugar de ello, se puede asumir posiciones más reflexivas en las que se considera que la historia efectual (Gadamer, 2004) o los conocimientos adquiridos son recuperados de una u otra manera por las personas para tomar decisiones referentes a su persona y a su salud. Conocimientos que, dicho sea de paso, pueden igualmente considerar las autoridades sanitarias para señalar sus efectos en algunas enfermedades: negativos, en términos de retrasos en los diagnósticos y tratamientos o de agravamiento de padecimientos, pero también positivos en el plano subjetivo, sobre todo relacionados con no preocuparse excesivamente o evitar estrés por algunos signos de la enfermedad.

Por otro lado, en relación con el segundo aspecto, el texto puntualiza que todo tiempo de espera es afectado por los capitales con los que cuentan las personas, pues estos condicionan las distintas acciones y actitudes que despliegan frente a él, lo cual es parecido a lo señalado por otros trabajos, como el de Auyero (2011), quien advierte que las personas con menos recursos normalmente suelen esperar más que aquellas con más recursos, y, cuando lo hacen, es con mayores sacrificios y sufrimientos, al punto de considerarse como pacientes y, más aún, como pacientes del Estado, en tanto guardan más tiempo, al parecer, para lograr algo de éste.

Un recuento transversal del trabajo permite advertir que las madres enfermas investigadas no afrontaron de manera similar los tiempos de espera que se autoimpusieron o enfrentaron. Por el contrario, se identifica que pusieron en práctica expectativas y acciones variadas como parte de sus capitales económicos y culturales, lo que las orientó a manejar implícitamente de formas distintas estos tiempos de espera. Esta diferencia también se repitió en los casos de los hijos de las mujeres enfermas, quienes, como se mostró, si bien manifestaron despreocupación y preocupación en dos momentos de espera distintos, también evidenciaron valoraciones distintas más en función de sus condiciones de existencia que por su edad.

A partir de estos hallazgos, se puede asumir que los tiempos de espera manejados o afrontados por las personas enfermas de covid-19 y sus familiares durante diferentes momentos de su enfermedad remiten directamente a un abordaje relacional del poder, en tanto consideran las diferencias socioeconómicas de las personas influyendo tanto en la percepción del riesgo como en las posibilidades de acción. Desde esta perspectiva, el estudio sugiere que tanto las autoridades sanitarias como las políticas públicas deben considerar esta dimensión estructural, procurando mecanismos de atención más ágiles para quienes presentan condiciones económicas adversas, ya que, por lo general, tienen que esperar más tiempo al no poder buscar otras opciones para su atención.

Agradecimientos

Se agradece el valioso tiempo y la disposición de las personas integrantes de las dos familias mexiquenses entrevistadas, con quienes se sostuvieron varias conversaciones por vía telefónica. De igual manera, se reconoce el apoyo brindado por la Universidad Autónoma del Estado de México para la realización de la investigación, en cuyo marco fueron realizadas las entrevistas y conversaciones mencionadas.

Fuentes consultadas

- Abad Miguélez, Begoña (2018), "Regímenes de movilidad y expropiación del tiempo: la espera como cronopolítica", *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 194 (788), a453, <https://doi.org/10.3989/arbor.2018.788n2013>
- Ahmed, Sara (2019), "Esperanza, inquietud y promesa de felicidad", *Nueva Sociedad*, (283), 111-125, <https://acortar.link/s7RxsS>
- Ahmed, Sara (2014a), *The Cultural Politics of Emotion*, Edinburg University Press.
- Ahmed, Sara (2014b), "Selfcare as Warfare", *Feminis killjoys*, [weblog], 25 de agosto, <https://feministkilljoys.com/2014/08/25/selfcare-as-warfare/>
- Albero Suárez, Miguel (2016), *Godot sigue sin venir. Vademécum de la espera*, Páginas de Espuma.

- Auyero, Javier (2011), "Patients of the State: An Ethnographic Account of Poor People's Waiting", *Latin American Research Review*, 46 (1), 5-29, doi:10.1353/lar.2011.0014
- Azócar-Gallardo, Jairo y Ojeda-Aravena, Alex (2021), "Los videojuegos activos en tiempos de pandemia por COVID-19: una potencial estrategia para aumentar la actividad física de los escolares", *Fisioterapia*, 43 (2), 124, <https://doi.org/10.1016/j.ft.2021.01.001>
- Berger, Peter L. y Luckmann, Thomas (1991), *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Penguin Books.
- Bleda García, José María (2005), "Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad", *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 7, 149-160, <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i7.241>
- Bourdieu, Pierre (2007), *El sentido práctico*, Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, Pierre (2001), *Poder, derecho y clases sociales*, Editorial Desclée Brouwer.
- Bourdieu, Pierre (1999), *Meditaciones pascalianas*, Anagrama.
- Bourdieu, Pierre (1997), *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Anagrama.
- Castro, Roberto (2000), *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cristiano, Javier Luis (2022), "El molino del diablo. Tiempo y poder a partir de Pierre Bourdieu", *Res Pública. Revista de Historia de las Ideas Políticas*, 25 (2), 179-187, <https://doi.org/10.5209/rpub.82040>
- Elias, Norbert (1987), *El proceso de civilización; investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, Fondo de Cultura Económica.
- Emirbayer, Mustafa (2009), "Manifiesto en pro de una sociología relacional", *Revista CS. Estudios Regionales y Latinoamericanos*, 4, 285-329, <https://doi.org/10.18046/recs.i4.446>
- Gadamer, Hans-George (2004), *Truth and method*, Continuum.
- Gasparini, Giovanni (1995), "On waiting", *Time & Society*, 4 (1), 29-45.
- Geertz, Clifford (1983), *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*, Basic Books, <https://acortar.link/XS9IAU>
- Haugaard, Mark (2022), "Foucault and Power: A Critique and Retheorization", *Critical Review. A Journal of Politics and Society*, 34 (3-4), 341-371, <https://doi.org/10.1080/08913811.2022.2133803>
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2014), *Metodología de la investigación*, McGraw Hill Education.

- Hueso Montoro, César (2006), "El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social", *Index de Enfermería*, 15 (55), 49-53, <https://acortar.link/779F6>
- Kessler, Gabriel (2011), "La extensión del sentimiento de inseguridad en América Latina: relatos, acciones y políticas en el caso argentino", *Revista de Sociología e Política*, 19 (40), 83-97, <https://doi.org/10.1590/S0104-44782011000300007>
- López Ramón, Concepción y Ávalos García, María Isabel (2013), "Diabetes mellitus hacia una perspectiva social", *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (2), 331-345, <https://acortar.link/rzHUW4>
- MedilinePlus. Información de salud para usted (2022), "Pruebas de PCR", Biblioteca Nacional de Medicina, <https://acortar.link/JiMFia>
- Molina, María Elisa (2006), "Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer", *Psykhé*, 15 (2), 93-103, <https://doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>
- Ordoñez-González, Irvin y Basurto, Marco Antonio (2023), "La atención primaria a la salud durante la pandemia COVID-19 en México", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61 (4), 509-515, <https://doi.org/10.5281/zenodo.8200527>
- Osorio Ballesteros, Abraham y Villavicencio Castañeda, Edith (2022), "Construcciones sociales desfavorables por parte de prestadores de servicios en instituciones asistenciales privadas en México: 2012-2018", *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 67, 68-105, <https://doi.org/10.35575/rvucn.n67a4>
- Palumbo, Mariana y Marentes, Maximiliano (2013), "¡Espera! No te saltees este prefacio", en Mario Pecheny y Mariana Palumbo (Comps.), *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor* (pp. 9-12), Teseopress, <https://acortar.link/otteD8>
- Pecheny, Mario (2013), "Introducción", en Mario Pecheny y Mariana Palumbo (Comps.), *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor* (pp. 13-36), Teseopress, <https://acortar.link/otteD8>
- Ramos Torre, Ramón (2009), "Metáforas del tiempo en la vida cotidiana: una aproximación sociológica", *Acta Sociológica*, (49), 51-69, <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2009.49.18704>
- Rose, Nikolas (2001), "The politics of life itself", *Theory, Culture & Society*, 18 (6), 1-30.

- Secretaría de Salud (2023), *Informe integral de COVID-19 en México. Número 4-2023 30 de diciembre de 2023*, Dirección General de Epidemiología, <https://acortar.link/ORvquF>
- Schütz, Alfred (2003), *Estudios sobre teoría social*, Amorrortu Editores.
- Schwartz, Barry (1978), "Queues, priorities, and social process", *Social Psychology*, 41 (1), 3-12, <https://acortar.link/iTmmBd>
- Schweizer, Harold (2008), *On Waiting*, Routledge.
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2008), *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, SAGE Publications Inc.

Reseña curricular

Abraham Osorio Ballesteros. Doctor en investigación en ciencias sociales con mención en sociología por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede México. Es investigador de tiempo completo adscrito a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII), nivel I. Sus líneas de investigación incluyen sociología de la infancia y la juventud; violencia y narcocultura; y dispositivos asistenciales y de atención a grupos vulnerables. Entre sus más recientes publicaciones se encuentran: como autor, "La conciencia histórica de Gadamer y su importancia para la reflexividad en estudios históricos de grupos vulnerables", *Espacios Públicos*, 26 (64), 138-153 (2025); "Esperas y vulnerabilidades en el contexto pandémico. Aproximaciones micro-sociales desde relatos", en Kristiano Raccanello, Sergio Monroy Aguilar, Maximiliano Gracia Hernández y Humberto Ríos Bolívar (Coords.), *Vulnerabilidad: salud, pobreza y desarrollo* (pp. 11-33), Montiel & Soriano Editores-Universidad de las Américas Puebla (2024); y como coautor, "Sentimiento de inseguridad y acciones para su gestión entre universitarios en el Estado de México", *Aposta*, 100, 54-76 (2024).